



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
& THE FENWAY

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
& THE FENWAY

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Fondée le 22 Juin 1889

Et reconnue Établissement d'utilité publique le 12 Janvier 1898.

BULLETIN DES SÉANCES

17^e ANNÉE — 1906

BULLETIN
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉ PAR MM LES DOCTEURS

**E. BODIN, BRODIER, P. DÉHU, ÉTIENNE,
LENGLET, MILIAN**

SECRÉTAIRES DES SÉANCES

SOUS LA DIRECTION

DE

M. le Docteur DANLOS

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

17^e ANNÉE. — 1906

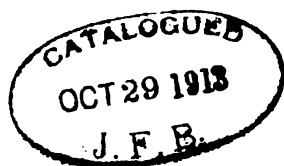
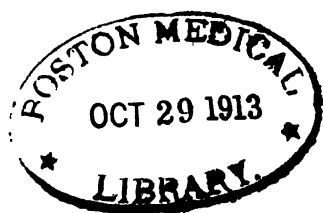
PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1906



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

DÉCRET

Portant déclaration d'utilité publique.

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE,

Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts ;
Vu la demande formée par le président de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie à l'effet d'être reconnue comme établissement d'utilité publique ;

Vu les statuts de ladite société ;

Vu la situation financière ;

Vu les avis du Préfet de la Seine en date du 6 septembre 1894 et du Recteur de l'Académie en date du 13 octobre 1894 ;

Ensemble les autres pièces à l'appui ;

La section de l'Intérieur, des Cultes, de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, du Conseil d'État entendue ;

DÉCRÈTE :

ART. I. — La Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, fondée le 22 juin 1889, est reconnue comme établissement d'utilité publique.

ART. II. — Les statuts sont approuvés tels qu'ils sont annexés. Aucune modification ne pourra y être apportée sans l'autorisation du Gouvernement.

ART. III. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 12 janvier 1895.

Signé : CASIMIR-PÉRIER.

Par le Président de la République :

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Signé : G. LEYGUES.

STATUTS DE LA SOCIÉTÉ

ANNEXÉS AU DÉCRET DU 12 JANVIER 1895

TITRE PREMIER. — But et Siège de la Société.

ARTICLE PREMIER. — L'Association dite : **Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie**, fondée le 22 juin 1889, à Paris, a pour but de :

- 1° Répandre parmi les médecins la connaissance des maladies cutanées et syphilitiques ;
- 2° Mettre en lumière, au profit de la science, les matériaux, qui, jusque-là, restaient en grande partie enfouis dans les hôpitaux spéciaux.

ART. 2. — Elle a son siège à Paris.

TITRE II. — Composition de la Société.

ART. 3. — La Société se compose :

- 1° De membres titulaires ;
- 2° De membres correspondants étrangers ;
- 3° De membres honoraires ;
- 4° De membres donateurs ;
- 5° De membres bienfaiteurs ;
- 6° De membres auxiliaires.

Pour être membre titulaire, il faut : 1° être présenté par deux membres au moins de la Société, être agréé par le Comité de direction et être élu au scrutin secret par les trois quarts au moins des suffrages exprimés ; 2° payer un droit d'admission de 10 francs et une cotisation annuelle dont le minimum est de 20 francs.

La cotisation peut être rachetée en versant une somme égale à vingt fois le montant de la cotisation annuelle.

Le Comité de direction peut conférer le titre de donateur ou de bienfaiteur aux membres qui ont versé une somme de 500 francs (1^{er} cas) au minimum, ou de 1,000 francs (2^e cas) au minimum.

TITRE III. — Comité de direction.

ART. 4. — Le Comité de direction se compose : du président, de trois vice-présidents, du secrétaire général, du trésorier et de cinq membres, soit au total de onze personnes élues directement, au scrutin secret, par l'Assemblée générale, pour une année au moins et pour cinq années au plus.

Les membres sortants sont rééligibles.

Le président, les trois vice-présidents, le secrétaire général et le trésorier constituent à la fois le Bureau du Comité de direction et le Bureau de l'Assemblée générale de la Société.

Au Bureau seront adjoints les anciens présidents et vice-présidents élus présidents d'honneur.

Le Comité se réunit autant que possible tous les deux mois, et chaque fois qu'il est convoqué par son président ou sur la demande du quart de ses membres.

La présence du tiers des membres du Comité de direction est nécessaire pour la validité des délibérations.

Il est tenu procès-verbal des séances.

Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire général.

ART. 5. — Les délibérations du Comité de direction relatives à l'acceptation des dons et legs, aux acquisitions et échanges d'immeubles, sont soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 6. — Les délibérations du Comité de direction relatives aux aliénations d'immeubles ou des valeurs provenant du fonds de réserve, constitutions d'hypothèques, baux à long terme et emprunts ne sont valables qu'après l'approbation par l'Assemblée générale.

ART. 7. — Le trésorier représente la Société en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il agit avec l'autorisation du Comité de direction, sauf pour l'administration courante, et dans les cas d'urgence.

Il n'acquitte aucune dépense si elle n'a été préalablement autorisée par le Conseil et ordonnée par le secrétaire général.

ART. 8. — Toutes les fonctions de la Société sont gratuites.

TITRE IV. — Ressources de la Société.

ART. 9. — Les ressources annuelles de la Société se composent :

- 1° Du droit d'admission et des cotisations et souscriptions des membres ;
- 2° Des subventions qui pourraient lui être accordées ;
- 3° Du produit des ressources créées à titre exceptionnel, et, s'il y a lieu, avec l'autorisation du Gouvernement ;
- 4° Enfin du revenu de ses biens et valeurs de toute nature.

ART. 10. — Le fonds de réserve comprend :

- 1° La dotation ;
- 2° Le dixième de l'excédent des ressources annuelles ;
- 3° Les sommes versées pour le rachat des cotisations ;
- 4° Le produit des libéralités autorisées sans emploi.

Le fonds de réserve est placé en rentes nominatives 3 p. 100 sur l'État ou en obligations nominatives de chemin de fer dont le minimum d'intérêt est garanti par l'État.

TITRE V. — Moyens d'action de la Société.

ART. 11. — Les moyens d'action de la Société sont :

- 1° Le *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* ;

- 2° Les publications et mémoires ;
- 3° Les conférences et cours organisés par les soins de la Société, soit à Paris, soit en province ;
- 4° Les expositions et musées spéciaux ;
- 5° Les prix et récompenses décernés à la suite de concours.

ART. 12. — La Société peut se diviser en différentes Commissions spéciales et annuelles.

ART. 13. — Aucune publication ne peut être faite au nom de la Société sans l'examen préalable et l'approbation du Bureau.

TITRE VI. — Assemblée générale.

ART. 14. — L'Assemblée générale des membres de la Société se réunit au moins une fois par an, sur convocations individuelles. Son ordre du jour est réglé par le Comité de direction.

Elle entend les rapports sur la gestion du Comité de direction, et sur la situation financière et morale de la Société.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, et pourvoit au renouvellement des membres du Comité de direction.

Elle délibère en outre sur toutes les questions qui doivent lui être soumises en vertu des présents statuts.

Le rapport annuel et les comptes approuvés par l'Assemblée générale sont adressés à tous les membres de la Société, au préfet du département de la Seine et au ministre de l'Intérieur.

TITRE VII. — Dispositions spéciales.

ART. 15. — La qualité de membre de la Société se perd :

1° Par la démission ;

2° Par la radiation prononcée, pour motifs graves, par l'Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, votant au scrutin secret, à la majorité des deux tiers des membres présents, sur le rapport du Comité de direction, et après que le membre intéressé aura été dûment mis en demeure de fournir ses explications oralement ou par écrit.

ART. 16. — Les présents statuts ne pourront être modifiés que sur la proposition du Comité de direction ou de vingt-cinq membres de la Société après qu'elle aura été soumise au Bureau au moins un mois avant la séance de l'Assemblée générale.

L'Assemblée générale et extraordinaire, spécialement convoquée à cet effet, ne peut modifier les statuts qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

L'Assemblée générale doit se composer du quart, au moins, des membres en exercice.

La délibération de l'Assemblée générale est soumise à l'approbation du Gouvernement.

ART. 17. — L'Assemblée générale appelée à se prononcer sur la dissolution de la Société, et convoquée spécialement à cet effet, doit comprendre, au moins, la moitié plus un des membres en exercice. Ses résolutions sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents et soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 18. — En cas de dissolution, prévu par l'article précédent, l'Assemblée générale, délibérant dans les conditions prévues par cet article, attribue l'actif de la Société à un ou plusieurs établissements analogues, publics ou reconnus d'utilité publique.

Toutefois, si le nombre des membres prévu par l'article précédent n'est pas atteint, il sera statué, après une seconde convocation, quel que soit le nombre des présents.

L'Assemblée générale désignera un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Ces délibérations sont soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 19. — Il sera procédé de même au cas de retrait de la reconnaissance de l'Association comme établissement d'utilité publique. Dans le cas où l'Assemblée générale se refuserait, soit à délibérer sur l'attribution de l'actif, soit à nommer le commissaire-liquidateur prévu à l'article précédent, il y serait pourvu par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

Les détenteurs de fonds, livres et archives appartenant à l'Association s'en dessaisissent valablement entre les mains du commissaire liquidateur désigné par ledit décret.

ART. 20. — Un règlement intérieur, adopté par l'Assemblée générale, et approuvé par le ministre de l'Intérieur après avis du ministre de l'Instruction publique, arrête les conditions de détail propres à assurer l'exécution des présents statuts.

Il peut toujours être modifié dans la même forme.

RÈGLEMENT

TITRE PREMIER. — But et composition de la Société.

ARTICLE PREMIER. — La Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie est une société exclusivement scientifique.

ART. 2. — En principe, elle exige de ses membres le diplôme de Docteur en médecine, ou, quand ils sont étrangers, un titre similaire.

ART. 3. — Exceptionnellement, elle peut admettre dans son sein des savants qui, sans titre médical officiel, se sont créés une notoriété spéciale par leurs travaux scientifiques ; elle les nomme membres auxiliaires.

ART. 4. — Les membres correspondants étrangers sont présentés par le Comité de direction, et nommés par l'Assemblée générale de la Société ; leur élection n'a lieu que s'ils réunissent les trois quarts des suffrages exprimés.

ART. 5. — La Société peut conférer le titre de membre honoraire de la Société.

Les anciens présidents et vice-présidents peuvent être élus présidents d'honneur, auquel cas ils font partie du Bureau et du Comité de direction, à perpétuité et sans nouvelle élection.

TITRE II. — Composition et fonctions du Bureau.

ART. 6. — Le Bureau comprend un président, trois vice-présidents, un secrétaire général, un trésorier, un bibliothécaire-archiviste et six secrétaires des séances ; il peut comprendre également un ou plusieurs présidents honoraires : l'un des vice-présidents et deux des secrétaires des séances doivent être nécessairement choisis parmi les membres titulaires résidant dans les départements.

ART. 7. — Le président, les vice-présidents, les cinq membres du Comité et les secrétaires annuels sont nommés pour un an.

Le secrétaire général, le trésorier et l'archiviste-bibliothécaire sont nommés pour trois ans.

Ils peuvent être temporairement remplacés par l'un des secrétaires des séances.

ART. 8. — Le président, ou, en son absence, l'un des vice-présidents, dirige les séances.

Les présidents honoraires peuvent également diriger les séances.

Le secrétaire général prépare l'ordre du jour de chaque réunion, annonce les pièces de la correspondance, rédige et signe tous les actes de la Société ; il dirige l'impression des comptes rendus.

L'archiviste-bibliothécaire garde les procès-verbaux des séances, ainsi que les livres, mémoires, correspondances, images, analyses, pièces et instruments offerts à la Société ; il les classe et en dresse chaque année un catalogue.

Les secrétaires des séances sont chargés de la rédaction et de la lecture des procès-verbaux ; ils font les comptes rendus des séances, en rédigent les bulletins et les font imprimer, sous la direction du secrétaire général.

Le trésorier fait toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il encaisse toutes les recettes, il signe les bordereaux et les solde.

Chaque année, il rend ses comptes au Comité de direction, qui délègue spécialement un de ses membres pour les vérifier.

Les comptes du trésorier doivent être arrêtés au 31 décembre de l'année précédente.

Ils doivent être soumis en février ou mars au Comité de direction.

L'Assemblée statutaire ne se prononce sur les comptes du trésorier qu'après avoir entendu le rapport du Comité de direction.

TITRE III. — Fonctions du Comité de direction.

ART. 9. — Toutes les affaires concernant la Société sont confiées au Comité de direction.

Le Comité est plus particulièrement chargé :

- 1° De la publication des travaux ;
- 2° De la gestion financière ;
- 3° De tout ce qui peut intéresser la dignité de la Société.

TITRE IV. — Des séances.

ART. 10. — La Société se réunit à Paris, au Musée de l'hôpital Saint-Louis, de 9 à 11 heures du matin, le premier jeudi de chaque mois, sauf les jours fériés et au mois d'avril, où la réunion de la Société se tient en assemblée générale, le lundi de Quasimodo.

Les vacances de la Société ont lieu pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre.

Des séances supplémentaires peuvent être demandées et votées par la Société.

Une session supplémentaire peut avoir lieu en province.

ART. 11. — Toute communication d'une personne étrangère à la Société ne pourra être lue en séance qu'après autorisation du Comité de direction.

Toutefois le Bureau pourra autoriser une présentation de malade ou de pièce.

ART. 12. — Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

- 1° Lecture et adoption de procès-verbal ;
- 2° Correspondance ;
- 3° Présentations de malades ;
- 4° Communications originales et présentations de pièces. La Société peut, sur l'avis du Bureau, intervertir cet ordre.

TITRE V. — Recettes.

ART. 13. — La cotisation annuelle de 20 francs est payable d'avance, c'est-à-dire dès le premier jour de la nouvelle année.

Le recouvrement en est assuré par le trésorier.

ART. 14. — Au cas où la cotisation est rachetée par le versement d'une somme de 400 francs, égale à vingt fois son montant, le versement peut être effectué en quatre annuités consécutives de 100 francs chacune.

ART. 15. — Tout membre qui a laissé s'écouler une année entière sans verser le montant des droits fixés par les statuts est considéré comme ne faisant plus partie de la Société ; il doit préalablement avoir reçu deux avertissements officiels.

TITRE VI. — Publications.

ART. 16. — Chaque année, le nombre de feuilles publiées gratuitement dans le Bulletin sera limité à 30. Si ce chiffre est dépassé, l'excédent des dépenses d'impression sera réparti proportionnellement entre ceux des membres qui auront franchi la moyenne établie par le Comité de direction, d'après l'étendue des communications faites dans l'année.

ART. 17. — Les membres titulaires seuls ont droit à la publication de leurs travaux.

ART. 18. — Les communications des membres correspondants pourront après avis du Comité de direction, être publiées, à la condition qu'ils en payent les frais.

TITRE VII. — Modifications au règlement.

ART. 19. — Toute proposition de modification à apporter dans le règlement devra être présentée par dix membres titulaires et soumise au Comité de direction, qui l'approuvera ou la combattrà au sein de la Société.

PRIX ZAMBACO

Le docteur Zambaco-Pacha, de Constantinople, a versé à titre de membre bienfaiteur, à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, une somme de quinze mille francs. La Société consacre le revenu de cette somme à la fondation d'un prix qui portera le nom de Prix Zambaco.

REGLEMENT

ARTICLE PREMIER. — Le prix Zambaco sera décerné, tous les deux ans, par la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, à l'auteur du meilleur travail présenté au concours sur la dermatologie, la syphiligraphie ou la vénéréologie.

ART. 2. — La valeur du prix sera de huit cents francs.

ART. 3. — Le prix Zambaco sera décerné dans la séance générale annuelle de la Société.

ART. 4. — Seront admis à concourir les auteurs français et les auteurs étrangers.

ART. 5. — Les travaux envoyés au concours doivent être inédits et rédigés en langue française. Les noms des auteurs ne devant être connus qu'après la désignation, par le jury d'examen, du travail couronné, les mémoires ne doivent pas être écrits de la main de l'auteur, mais doivent avoir été transcrits, copiés, écrits à la machine, ou imprimés. Ils porteront une épigraphe apparente, répétée sur une enveloppe cachetée qui contiendra le nom de l'auteur ; la suscription de cette enveloppe devra, également, ne pas être de la main de l'auteur. Les mémoires seront adressés francs de port, sous pli recommandé, au Secrétaire général de la Société dont le nom et l'adresse seront indiqués pour chaque programme du prix.

ART. 6. — Les travaux envoyés au concours devront être déposés avant le 30 novembre de l'année qui précède celle où le prix devra être décerné.

ART. 7. — Les mémoires déposés deviennent la propriété de la Société ; il en pourra être pris copie par les auteurs dans des conditions déterminées.

ART. 8. — La Société décidera, pour chaque prix, s'il y a lieu de mettre au concours un sujet déterminé ou si le sujet est laissé libre et au choix de chaque concurrent.

Si la Société désigne le sujet du prix, la commission chargée de cette désignation sera composée de cinq membres tirés au sort dans le sein du Comité de direction.

ART. 9. — La Commission chargée du jugement des travaux envoyés pour le concours sera nommée dans la séance de la Société qui suivra l'expiration du délai de dépôt des mémoires.

Elle sera composée de cinq membres désignés par la Société sur une liste de dix noms proposés par le Bureau.

ART. 10. — Réglementairement, les membres du Comité de direction s'abstiennent de prendre part au concours.

ART. 11. — Le prix ne peut être divisé.

S'il n'est pas décerné, ou s'il n'est donné qu'une partie de la somme qu'il représente, à titre d'encouragements, le reliquat pourra être reporté sur le prix suivant, ou être utilisé de la manière que la Société jugera la meilleure, par exemple, être capitalisé dans le but d'augmenter le fonds.

ART. 12. — Ce règlement, établi pour le 1^{er} concours, peut être révisé par la Société sur une demande signée par dix de ses membres.

ANNÉE 1906

COMPOSITION DU BUREAU

<i>Présidents d'honneur</i>	}	MM. ERNEST BESNIER (de Paris).
		DOYON (de Lyon).
<i>Président</i>		M. ALFRED FOURNIER (de Paris).
<i>Vice-présidents</i>	}	MM. BROcq (de Paris).
		HALLOPEAU (de Paris).
		W. DUBREUILH (de Bordeaux).
<i>Secrétaire général</i>		M. DANLOS (de Paris).
<i>Trésorier</i>		M. G. THIBIERGE (de Paris).
<i>Secrétaires des séances</i>	}	MM. BODIN (de Rennes).
		BRODIER (de Paris).
		DÉHU (de Paris).
		ÉTIENNE (de Nancy).
		LENGLET (de Paris).
<i>Archiviste-Bibliothécaire</i>		MILIAN (de Paris).
		M. WICKHAM.

COMITÉ DE DIRECTION ⁽¹⁾

MM. BALZER.
DE BEURMANN.
DANLOS.

MM. E. GAUCHER.
LE PILEUR.

Conseil judiciaire

M. DELIGAND.

(1) Les Présidents d'honneur, le Président, les Vice-présidents, le Secrétaire général et le Trésorier font, de droit, partie du Comité de direction.

MEMBRE BIENFAITEUR

LE DOCTEUR **Zambaco-Pacha.**

MEMBRES TITULAIRES ⁽¹⁾

MM. LES DOCTEURS :

- Abadie**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 49, boulevard Hausmann.
Archambault (Paul), 20, rue de l'Hospitalité, Tours.
Arnozan, professeur de thérapeutique à la Faculté, médecin des hôpitaux, 27 bis, pavé des Chartrons, Bordeaux.
Aubert, médecin de l'Antiquaille, 32, rue Victor-Hugo, Lyon.
Audouard, ancien interne des hôpitaux de Paris, 6, rue Mairan, Béziers.
Audrain, 26, rue Jean-Romain, Caen (Calvados).
Audry (Ch.), professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique à la Faculté de médecine, 7, rue de la Concorde, Toulouse.
Augagneur, professeur à la Faculté, 10, rue du Plat, Lyon.
Ayrignac, 22, rue de Maubeuge.
* **Balzer**, médecin de l'hôpital St-Louis, 8, rue de l'Arcade.
Bar, agrégé à la Faculté, accoucheur de l'hôpital St-Antoine, 122, rue La Boétie.
Barrié, ancien interne de l'hôpital St-Louis, Bagnères-de-Luchon.
* **Barthélemy**, médecin de St-Lazare, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 21, rue de Paradis.
Bastian, ancien médecin de la Marine, médecin à Saint-Gervais-les-Bains.
Baudouin, ancien interne, assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 21, rue du Mont-Thabor.
Béclère, médecin de l'hôpital St-Antoine, 122, rue de la Boétie.
Belot, 36, rue de Bellechasse.
Bénard, 9, rue Royer-Collard et Saint-Christau.
Bernard (Jean), médecin-adjoint de l'hôpital, Amiens.
Bernard (Eugène), 2, rue de l'Abreuvoir, Alger.
* **Besnier (Ernest)**, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 59, boulevard Malesherbes.
* **Beurmann (de)**, médecin de l'hôpital St-Louis, 40 bis, faubourg Poissonnière.
Bisserié, 13, rue Montaigne.
Beurnier, chirurgien des hôpitaux, 12, rue de Bourgogne, Paris.
Bizard, médecin-adjoint du dispensaire de salubrité, 29, rue de Maubeuge.

(1) Les noms qui sont précédés d'un astérisque sont ceux des membres fondateurs.

- MM. Bodin**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 6, rue La Fayette, Rennes.
Bonnet, 13, place Masséna, à Nice.
Brault, professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées à l'École de médecine d'Alger.
* **Brocq**, médecin de l'hôpital Broca-Pascal, 63, rue d'Anjou.
Brodier (L.), ancien chef de clinique à la Faculté, 52, rue de Moscou.
* **Bruchet**, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 9, rue du Caire.
Bureau, ancien interne des hôpitaux, médecin suppléant des hôpitaux, 5, rue Voltaire, Nantes.
Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce, 72, rue de Lille.
Carle, chef de clinique, 19, rue Confort, Lyon.
Cartier, médecin principal de la Marine, 25, rue Lauriston, Toulon.
Cayla, ancien interne des hôpitaux de Paris, 31, avenue de Neuilly, Neuilly-sur-Seine.
Charmell, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Lille, 134, boulevard de la Liberté, Lille.
Chatin, 63, rue du Cardinal-Lemoine, Paris et Uriage (Isère).
Chompret, 182, rue de Rivoli.
Combes, 87, boulevard Haussmann.
Constantin, Toulouse.
Couillaud, chirurgien de l'hôpital Lavignerie, Biskra.
Créquy, ancien interne des hôpitaux, 99, boulevard Magenta.
Dalous, Toulouse.
Danlos, médecin de l'hôpital St-Louis, 89, rue d'Amsterdam.
Dainville (François-), 21, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.
Darbois, 73, boulevard St-Michel.
Darier, médecin de l'hôpital de la Pitié, 77, boulevard Malesherbes.
Déhu, 59 bis, rue Joffroy.
Degrais, 46, rue Paradis.
Doyon, associé de l'Académie de médecine, médecin inspecteur à Uriage (Isère) et 27, rue de Jarente, Lyon.
Dron, chirurgien de l'Antiquaille, 6, rue Pizay, Lyon.
Dubois-Havenith, professeur agrégé à la Faculté de médecine, 19, rue du Gouvernement-Provisoire, Bruxelles (Belgique).
Dubreuilh (W.), agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, 27, rue Ferrère, Bordeaux.
Duguet, membre de l'Académie de médecine, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Lariboisière, 60, rue de Londres.
Dumont, à St-Vaury (Creuse).
Ehlers, professeur à l'Université, 6, Laxegade, Copenhague.
Emery, chef de clinique adjoint à l'hôpital St-Louis, 4, rue de Rome.
Eraud, ex-chef de clinique à la Faculté, 24, rue Victor-Hugo, Lyon.
Étienne, agrégé à la Faculté, 17, place de la Carrière, Nancy.
Eudlitz, 26, rue Lemercier.
Fabre, membre correspondant de l'Académie de médecine, à Commentry (Allier).
Ferras, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Luchon (H^{te}-Garonne).
Ferras (Jean). Luchon (H^{te}-Garonne).

- MM. Fournier (Alfred)**, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 77, rue de Miromesnil.
- Fournier (Edmond)**, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 77, rue de Miromesnil.
- Fournier (Henri)**, 11, rue de Lisbonne.
- Frêche**, chef de clinique dermatologique, 42, cours Tourny, Bordeaux.
- Fredet**, ancien interne des hôpitaux, professeur honoraire à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, à Royat (Puy-de-Dôme).
- Galezowski**, 103, boulevard Haussmann.
- Galippe**, chef de laboratoire à la Faculté, 12, place Vendôme.
- Gastou**, ancien chef de clinique, assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 47, rue de Rome.
- * **Gaucher (Ernest)**, professeur à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, 1, Square Moncey.
- Gilbert**, professeur à la Faculté, médecin de l'hôpital Broussais, 27, rue de Rome.
- Glénard**, membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie de Paris, 99, boulevard Haussmann.
- Griffon**, médecin des hôpitaux, 20, rue Joubert.
- Groll**, 5, place Grenette, Grenoble.
- Guéridaud**, à Clamart (Seine), et à St-Gervais-les-Bains (H^{te}-Savoie).
- Guinard**, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, 20, rue Godot-de-Mauroi.
- * **Hallopeau**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 91, boulevard Malesherbes.
- Haushalter**, agrégé à la Faculté de médecine, 4, rue de Rigny, Nancy.
- * **Hermet**, 121, boulevard Haussmann.
- Heulz**, à la Bourboule (Puy-de-Dôme) et 6, rue de la Bienfaisance, Paris.
- Horand**, chirurgien de l'Antiquaille, 99, rue de l'Hôtel-de-Ville, Lyon.
- Hudelo**, médecin des hôpitaux, 8, rue d'Alger.
- Hutinel**, professeur à la Faculté, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, membre de l'Académie de médecine, 7, rue Bayard.
- Jacquet**, médecin de l'hôpital St-Antoine, 52, rue du Général-Foy.
- Jeanselme**, médecin de l'hôpital Tenon, 16, rue du Général Foy.
- Josias**, médecin de l'hôpital Bretonneau, 3, rue Montalivet.
- Jourdanet**, Uriage.
- * **Jullien**, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, chirurgien de St-Lazare, 12, rue de la Chaussée-d'Antin.
- Lacapère**, 4, rue Volney.
- Lafay**, 34, rue de la Chaussée-d'Antin.
- Laffite (J.)**, ancien interne des hôpitaux, 42, rue d'Amsterdam.
- Langenhagen (de)**, ancien interne des hôpitaux, à Luxeuil.
- Lapersonne (de)**, professeur à la Faculté de médecine, 80, boulevard Malesherbes.
- Lasserre**, Toulouse.
- Laussedat**, à Royat (Puy-de-Dôme).
- Lavarenne (de)**, 8, rue de Florence.
- Legendre**, La Haye, Malesherbes, Eure.

- MM. Legrain**, médecin-major à l'hôpital militaire de Bougie (Algérie).
Lemonnier, à Flers (Orne).
Lenglet, 9, rue Vezelay.
* **Le Pileur**, médecin de St-Lazare, 13, rue de l'Arcade.
Leredde, ancien assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 4, rue de Villejust.
Lévi-Bing, 8, rue Léonie.
Longin, 33, rue de la Préfecture, Dijon.
Malherbe (M.), 4, rue du Général Meunier, Nantes.
* **Marian**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, 30, rue La Boétie.
Maritoux, à Uriage (Isère).
Marmonnier, 18, rue de la République, Marseille.
Marty, médecin du Dispensaire de salubrité, 23, rue St-Denis.
Melchior (Robert), chirurgien des hôpitaux, 38, rue Sainte, Marseille.
Mendel, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 123, faub. St-Honoré, Paris.
Méneau, médecin à la Bourboule, 261, rue Judaïque, Bordeaux (Gironde).
Merklen, médecin de l'hôpital Laennec, 19, rue de Téhéran.
Meynet, chef de clinique à la Faculté, 8, rue d'Oran, Lyon.
Mireur, médecin des hôpitaux, 1, rue de la République, Marseille.
Milian, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 11, rue de Naples.
Moreau, 47, rue Rempart-St-Etienne, Toulouse.
Morel-Lavallée, médecin de l'hôpital de la Charité, 30, rue du Rocher.
Morestin, chirurgien des hôpitaux, 1, Square Moncey, Paris.
* **Moty**, professeur agrégé au Val-de-Grâce, médecin de l'hôpital St-Martin, rue des Récollets.
Nélaton, chirurgien de l'hôpital St-Louis, agrégé à la Faculté, 368, rue St-Honoré.
Nicolas, à la Bourboule (Puy-de-Dôme).
Nicolas, 10, place Morand, Lyon.
Ombredanne, chirurgien des hôpitaux, 1, quai aux fleurs, Paris.
Oudin, ancien interne des hôpitaux de Paris, 12, rue de Belzunce.
Pallier, ancien interne des hôpitaux de Paris, 24, rue des Martyrs.
Paris, chef de clinique adjoint de la Faculté, 50, rue d'Assas, Paris.
Pautrier, 1, rue Alfred de Vigny.
Payenneville, 29, rue Beffroy, Rouen.
Perrin, professeur de clinique dermatologique à l'École de médecine, 142, rue de Paradis, Marseille.
Petrini-Galatz, professeur à la Faculté de médecine, Bucharest.
Portalier, 350, rue St-Honoré.
Queyrat, 25, boulevard Latour-Maubourg.
* **Raymond (Paul)**, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.
Raynaud, directeur de la Santé, médecin de l'hôpital civil, 7, place de la République, à Alger.
Renault (Alexandre), médecin de l'hôpital Ricord, 2, square La Bruyère.
Renaut (J.), professeur à la Faculté, médecin des hôpitaux, 6, rue de l'Hôpital, Lyon.

- MM. Rénon (Louis)**, médecin des hôpitaux, 51, avenue Montaigne.
Reumaux, médecin des épidémies, médecin du dispensaire municipal, Dunkerque.
Rey, professeur à l'École de médecine, 2, rue du Bab-Azoun, Alger.
Ricard, agrégé, chirurgien de l'hôpital St-Louis, 68, rue Pierre-Charron,
Richelot (G.), agrégé, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Cochin, 32, rue de Penthievre.
Riocreux, 44, rue Ste-Placide.
Rist, ancien interne des hôpitaux, 51, rue Galilée.
Rostaine, 11, rue Roquepine, Paris.
Rothschild (de), 33, faubourg Saint-Honoré, Paris.
Rück, ancien chef de clinique, à Bagnères-de-Luchon; l'hiver, à Saint-Raphaël.
Sabatié, 111, boulevard Beaumarchais.
Sabouraud, chef du laboratoire de la Ville à l'hôpital St-Louis, 62, rue de Caumartin.
Sabrazès, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, 2, rue Jean-Burquet, à Bordeaux.
Saint-Germain (de), ancien assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, 200, rue de Courcelles.
Sauvineau, ancien interne des hôpitaux, 42 bis, rue des Mathurins.
Schmitt, professeur à la Faculté, 51, place St-Jean, Nancy.
Sée (Marcel), ancien interne, assistant adjoint de consultation à l'hôpital Saint-Louis, 2, rue Lavoisier.
Sersiron, 76, avenue Malakoff (Paris), et La Bourboule (Puy-de-Dôme).
Sevestre, médecin de l'hôpital Brstonneau, membre de l'Académie de Médecine, 37, rue de Rome.
Sibut, ancien interne de St-Lazare, 21, boulevard St-Martin.
Sottas, ancien interne des hôpitaux, 113, rue St-Dominique.
Souplet (Abel), ancien interne à l'hôpital St-Louis, 30, rue Bonaparte.
Spillmann, professeur à la Faculté, rue des Carmes, Nancy.
Suchard, ancien interne des hôpitaux de Paris, préparateur au Collège de France, 75, rue Notre-Dame-des-Champs.
Sulzer, 22, rue de Tocqueville.
Tavernier, ex-chef de clinique à la Faculté de Lille.
* **Tenneson**, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, 89, boulevard Montparnasse.
Terson, ancien interne des hôpitaux, 10, place de Laborde.
* **Thibierge (Georges)**, médecin de l'hôpital Broca-Pascal, 64, rue des Mathurins.
* **Verchère**, chirurgien de St-Lazare, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté, 101, rue du Bac.
Verdalle, Cannes (Alpes-Maritimes), et La Bourboule (Puy-de-Dôme).
Vérité, 13, rue Spontini.
Veyrières, à la Bourboule (Puy-de-Dôme), et 4, place St-Michel, Paris.
Viennois, à Peyrin, par Roman (Drôme).
Weil, 9, rue de Naples.

MM. Wickham (Louis), médecin adjoint de Saint-Lazare, ancien chef de clinique, 20, rue Washington.

Zambaco-Pacha, ancien interne des hôpitaux de Paris, associé national de l'Académie de médecine, 19, rue Kouloglou, Constantinople.

MM. les Membres de la Société sont priés de faire parvenir leurs changements d'adresse à M. le Secrétaire général.

MEMBRES TITULAIRES DÉCÉDÉS

- MM. Ricord**, président d'honneur (1889).
Dreyfous, membre fondateur (1889).
Deligny (1890).
Horteloup (1893).
Hardy, président d'honneur (1893).
E. Vidal, président (1893).
Lailler, président d'honneur (1893).
Pignot (1893).
Diday, président d'honneur (1894).
Quinquaud, membre du Comité de direction (1894).
Rollet, président d'honneur (1894).
Malécot (1894).
Leloir (1896).
Feulard, archiviste (1897).
Péan (1898).
Puy-le-Blanc (1898).
Gémy (1902).
Kalindero (1902).
Roustan (1904).
Barbe (1905).
Brousse (1905).
Du Castel (1905).
Mauriac (1905).
-

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM. LES DOCTEURS :

Amicis (Tommaso de), professeur et directeur de la clinique dermo-syphiligraphique à l'Université de Naples, médecin en chef de la section spéciale des maladies vénériennes et cutanées à l'hôpital des Incurables, membre de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Naples, via Medina, 47, Naples.

Anderson (Thomas Mac-Call), professeur de clinique interne à l'Université, chef du service des maladies de peau à l'hospice Occidental de Glasgow, 2, Woodside Terrace, Glasgow.

Azua-y-Suarez, médecin de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 6, rue Villanova, Madrid.

Bayet, chef du service dermatologique de l'hôpital St-Pierre, agrégé suppléant à l'Université, 78, boulevard Waterloo, Bruxelles.

Beck-Soma, 16, Wachner boulevard, Buda-Pesth.

Behrend, professeur de dermatologie, 22, Mittelstrasse, Berlin.

Bergh, professeur de clinique, médecin en chef de l'hôpital de l'Ouest (femmes vénériennes), 19, Stromgade, Copenhague.

Bertarelli (Ambrogio), directeur de la section des maladies de peau à l'hôpital Majeur de Milan, membre du conseil sanitaire de la province de Milan, rédacteur en chef du *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, via S. Orsola, 1, Milan.

Blaschko, 104, Friedrichstrasse, Berlin.

Bœck (Caesar), professeur de clinique dermatologique à l'Université, Christiania (Norvège).

Bogdan (Georges), médecin adjoint de l'hôpital St-Spiridon, professeur de médecine légale, Iassy.

Breda, professeur de dermatologie à l'Université, Padoue.

Brodeur, ancien interne des hôpitaux de Paris, 707, rue Sherbrooke, Montréal (Canada).

Brooke (H. G.), professeur de dermatologie à Owens College, Manchester.

Bulkley (L. Duncan), médecin de l'hôpital de New-York, 531, Madison avenue, New-York.

Bunch (J. L.), 116, Piccadilly, London.

Campana (Roberto), professeur de clinique dermo-syphilopathique à l'Université, Rome.

Castelo-y-Canalis, médecin de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 19, rue Claudio-Coëlle, Madrid.

Castrillon, chargé du cours de dermatologie à Santa-Fé-de-Bogota (Colombia).

- MM. Caspary**, professeur de dermatologie à l'Université, Königsberg.
Cavaty (John), médecin de l'hôpital St-Georges, 2, Upper Berkeley street, Portman square, Londres.
Chaves (Bruno), ministre des États-Unis du Brésil, 15, Schwing, Vienne.
Colombini, professeur de dermatologie à Sassari.
Crocker (H. Radcliffe), membre du Collège royal des médecins de Londres, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de l'Université, médecin des enfants à l'hôpital de l'Est, 121, Harley street, Londres.
Cruyl, chef du service chirurgical à l'hôpital civil et assistant à l'Université, 18, rue Longue-du-Marais, Gand.
Dind, professeur à la Faculté de médecine, Lausanne.
Djelaeddin-Moukhtar, professeur à la Faculté de médecine, Constantinople.
Doutrelepont, professeur de dermatologie à l'Université, Bonn.
Ducrey (Augusto), professeur de pathologie et clinique dermo-syphilopathiques à l'Université de Pise, Italie.
Duhring (Louis A.), professeur de dermatologie à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie, 1416, Spruce street, Philadelphie.
Düring (von), professeur à l'Université, Kiel.
Eddower (Alfred), 28, Wimpole Street, London.
Elliott, 36 East 35th street, New-York.
Euthyboule, médecin de l'hôpital Zeineb-Kiamil, chargé du service des maladies cutanées et vénériennes à l'hôpital français Jérémie, 5, rue Mekteb, Péra, Constantinople.
Falcao, directeur du service dermatologique à l'hôpital général, Lisbonne.
Filaretopoulos, agrégé à Athènes.
Finger, professeur à la Faculté de médecine de Vienne, I. Graben, 26, Vienne.
Fiweisky, médecin de l'hôpital Miasnitzkaja, médecin du dispensaire de salubrité, Karelnaja Sadowaja, 235, Moscou.
Fox (J. Colcott), professeur de dermatologie à l'hôpital Westminster, médecin de l'hôpital des Enfants Victoria, membre du Collège des médecins de Londres, etc., 14, Harley street, Cavendish square, Londres.
Galloway, médecin de l'hôpital Charing Cross, 54, Harley street, Londres.
Gay, professeur de dermatologie, Kazan.
Glück, médecin de l'hôpital de l'Etat à Sarajewo.
Godinho (Jorge), rue Garret, 62, Lisbonne.
Graham (Little), 61, Wimpole Street, London.
Griffith (J. S.), Redland Park house, Bristol.
Hansen, Bergen, Norvège.
Haralamb, médecin de l'hôpital Colentina, 3, strada Renascerei, Bucharest.
Haslund (Alex.), professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université, médecin en chef de l'hôpital Communal, 62, Kjöbmagergade, Copenhague.

- MM. Havas**, docent de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de BudaPest, directeur de la policlinique dermatologique, IV, rue Maria-Valéria, 7.
- Hutchinson (Jonathan)**, F. R. C. S., chirurgien du London hospital et de l'hôpital des maladies de la peau, 15, Cavendish square, W., Londres.
- Hyde (Nevins)**, professeur de dermatologie, 100, State street, Chicago.
- Jacobi**, professeur à l'Université, Fribourg-en-Brigau, Allemagne.
- Jadassohn**, professeur de dermatologie 7, Pavillonweg, Berne.
- Jamieson**, 26, Rutland street, Edimbourg.
- Janovsky (Victor)**, professeur à la Faculté de médecine Tchèque, médecin des hôpitaux, directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique de la Faculté, membre du Conseil d'hygiène de la ville, etc., Hopfenstochgasse, 5, Prague.
- Julinsberg**, Francfort-sur-le-Mein.
- Keser**, privat-docent de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, place du Port, 1, Genève.
- Krefting (Rudolf)**, Christiania, Norvège.
- Lang (Eduard)**, professeur à l'Université de Vienne, médecin en chef de l'Hôpital général, membre de l'Académie Léopoldino-Carolina Cæsarea, Ebendorferstrasse, 10, Vienne.
- Lanz**, agrégé à l'Université, Armianski per, maison Konstantinoff, Moscou.
- Lassar**, professeur à l'Université, Reichstag Ufer 1, Berlin.
- Lebel**, médecin directeur de la Prison de Québec, Canada.
- Lesser**, professeur de dermatologie, Lützow Ufer, 19, Berlin.
- Lindstrœm**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Kiew, Russie.
- Liveing**, membre du Collège Royal des médecins de Londres, 11, Manchester square, Londres.
- Lustgarten**, à New-York.
- Macleod**, Harley street, 11, Londres.
- Majocchi** (professeur), directeur de la clinique dermo-syphilopathique, Bologne.
- Malcolm (Morris)**, chef de la section des maladies de la peau et chirurgien à l'hôpital Sainte-Marie, 8, Harley street, Cavendish square, Londres.
- Mannino (L.)**, chef du service des maladies vénériennes et cutanées à l'Hôpital civil, membre de l'Académie royale de médecine de Palerme, etc., via Cavini, 27, Palerme.
- Mello-Breyner (Thomas de)**, 59, Junqueira, Lisbonne.
- Mendes da Costa**, professeur de dermatologie, 39, Frederiksplein, Amsterdam.
- Méric (de)**, chirurgien de l'hôpital français de Londres, 35, Bryanston street, Portman square, Londres.
- Mibelli**, professeur de dermatologie, 79, via Ventidue-Luglio, Parme.
- Moeller (Magnus)**, docent de dermatologie et de syphiligraphie, chef de service à l'hôpital St-Goran, Stockholm.
- Morrow (Prince)**, ancien directeur du *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 66, West 40th street, New-York.
- Mracek**, professeur de dermatologie, Vienne.

MM. Munro, Sydney.

Neisser, professeur et directeur de la Clinique dermatologique, 112 Fürstenstrasse, Breslau.

Nékam, privat-docent, rue Kossuth, 2, Buda-Pesth, Hongrie.

Neumann (Isidor), professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université, directeur de la clinique syphiligraphique de Vienne, 29, Rothenthurmstrasse, Vienne.

Nicoulau, à Bucarest.

Nikolsky, professeur de dermatologie, 14, Sadoveja, Varsovie.

O'Brien, 29, Merrion Square North, Dublin.

Olavide y Malo (José), directeur du musée dermatologique de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 17, rue Jorge-Juan, Madrid.

Oltramare, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, 11, Corraterie, Genève.

Oro (Mario), 23, via Tarsia, Napoli.

Pardo Regidor, 22, calle della Luna, Madrid.

Pautry, 4, rue du Mont-Blanc, Genève.

Pawloff professeur de dermatologie, 57, rue des Officiers à St-Petersbourg.

Pellizzari (Celso), professeur de dermatologie à l'Institut des Études supérieures, 2 via della Colonna, Florence.

Pernet (Georges), 94, Harley Street, London.

Petersen, à St-Petersbourg.

Pharmacopoulos, à Athènes.

Pick (Fillipp-Josef), professeur et directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique à l'Université allemande de Prague, médecin en chef de l'Hôpital général, rédacteur en chef de l'*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, III, Jungmannstrasse, 41, Prague.

Piffard (Henri), chirurgien de Charity Hospital, 256, West 57th street, New-York.

Pini, assistant à la clinique dermo-syphilopathique, Ospedale S. Orsola, Bologne.

Pospelow, professeur à la Faculté de médecine de Moscou, directeur de la clinique des maladies cutanées et vénériennes, médecin en chef de l'hôpital de la Miasnitzkaja, rue Miasnitzkaja, hôpital Miasnitzkaja, Moscou.

Pringle, médecin de Middlesex Hospital pour les maladies de la peau, professeur de dermatologie à l'École de médecine, membre du Collège royal des médecins de Londres, 23, Lower Seymour street, Portman square, Londres.

Profeta (Giuseppe), professeur de l'Université, Palerme.

Proksch, à Vienne.

Rasch, 10, Amagertow, Copenhague.

Ravogli, 88, West 7th street, Cincinnati, Etats-Unis.

Riehl, professeur de dermatologie à l'Université, Vienne.

Rille, professeur de dermatologie, Liepzig.

Robinson (A. R.), professeur de dermatologie à la Policlinique, professeur d'anatomie pathologique et de dermatologie au Collège médical des femmes, 248, West 42th street, New-York.

- MM. Rona**, Professeur, médecin de l'hôpital Saint-Stephan, Andrassy-uctza, 23, Budapest, Hongrie.
- Rosenthal**, conseiller sanitaire, Postdamerstrasse, 121 g., Berlin.
- Schiff (Eduard)**, professeur, 1, Wallfischgasse, 6, Vienne.
- Sommer (Baldomero)**, Buenos-Ayres.
- Spiegler**, privat-docent de dermatologie à l'Université, Ebendorferstrasse, 10, Vienne.
- Stelwagon**, 1634, Spruce street, Philadelphie.
- Stephen Mackensie**, à Londres.
- Silva (da)**, Lisbonne.
- Szrwykowski (Michel)**, ancien assistant de l'hôpital Saint-Esprit, rue Eryvanska, 10, Varsovie.
- Tarnowski (Benjamin)**, professeur à l'hôpital de Kalinkine, professeur à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg, président de la Société russe de syphilidologie et de dermatologie, etc., quai de la Moika, 104, Saint-Pétersbourg.
- Taylor (R. W.)**, professeur des maladies vénériennes au Collège des médecins et chirurgiens, chirurgien de l'hôpital de la Charité, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de New-York, 40 West 21th street, New-York.
- Thin (George)**, 22, Queen's Anne street, Cavendish square, Londres.
- Thomachewski**, professeur de dermatologie, Kiew.
- Török (Louis)**, 16, Andrassyuctza, Budapest.
- Touton**, 20, Friedrichstrasse, Wiesbaden.
- Troisfontaines**, professeur à la Faculté de médecine, Liège (Belgique).
- Umbert**, Barcelone.
- Unna**, 5, Park-Allee, Eimsbüttel, Hambourg.
- Vajda**, agrégé à l'Université, I. Naglergasse, 58, Vienne.
- Veiel**, à Cannstadt.
- Virgilio (Baptista)**, Lisbonne.
- Watraszewski (de)**, médecin de l'hôpital St-Lazare, Varsovie.
- Welander (Édouard)**, professeur agrégé de syphilidologie à l'École de médecine (Institut Carolin), médecin en chef de l'hôpital St-Göran, 40, Skeppsbron, Stockholm.
- White (James C.)**, professeur de dermatologie à l'Université Harvard, 259, Marlborough street, Boston.
- Wolff**, professeur de dermatologie, 5, rue Empereur-Frédéric, Strasbourg.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS DÉCÉDÉS

Professeur **Mansouroff**, de Moscou (16 novembre 1892).

Professeur **Manassei**, de Rome (1893).

Professeur **Pellizzari (Pietro)**, de Florence (1894).

Professeur **Smirnoff**, d'Helsingfors (1896).

Professeur **Stoukowenkoff**, de Kiew (1897).

Professeur **Schwimmer**, de Buda-Pesth (1898).

Professeur **Olavide**, de Madrid.

Docteur **van Hoorn**, d'Amsterdam.

Professeur **Kaposi**, de Vienne (1902).

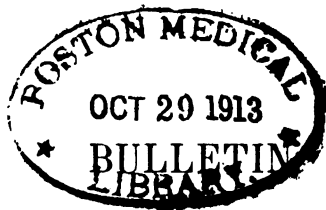
Professeur **Hans von Hebra**, de Vienne (1902).

Professeur **Jarisch**, de Gratz.

Professeur **Tommasoli**, de Palerme (1904).

Professeur **Köbner**, de Berlin (1904).

Professeur **Scarenzio**, de Pavie (1904).



SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

13158
SÉANCE DU 11 JANVIER 1906

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Lettre de M. LENGLET. — Lettre de M. BARTHÉLEMY. — A l'occasion du procès-verbal : MM. GAUCHER, BARTHÉLEMY, THIBIERGE. — Note de M. Barthélemy sur un cas de chancre gangreneux inutilant de la verge, présenté à une précédente séance, par M. GRIFFON. — Sur les radiodermes, par M. GAUCHER. — Calomel et huile grise au gafacoloid, par M. GRIFFON. — A propos de la contagion peladique, par M. JACQUET. (Discussion : MM. HALLOPEAU, JACQUET.) — Lichen obtusus et vitiligo ; examen histologique, par MM. DANLOS et GASTOU. — Lichen plan à localisation pilaire simulant le pityriasis rubra de Devergie, étude histologique, par MM. DANLOS et GASTOU. (Discussion : M. DARIER.) — Erythème miliaire leucogénique prurigineux chronique, par M. MILIAN. (Discussion : M. DARIER.) — Sur un lichen de Wilson tubéreux vitiligoïde, variété nouvelle, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. DARIER, FOURNIER.) — Sur un érythème induré de l'avant-bras et ses caractères particuliers, par MM. HALLOPEAU et ROY. — Psoriasis atypique au cours d'une infection blennorrhagique, par MM. BALZER et DESHAYES. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Syphilis ignorée, par M. MOTY. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, FOURNIER, RENAULT.) — Sur un cas d'hydradénomes éruptifs chez une malade atteinte de lupus érythémateux, par MM. HALLOPEAU et GASTOU. — Sur une forme spéciale de prurigo d'origine vésanique (variété nouvelle), par MM. HALLOPEAU et ROY. — Traitement de l'eczéma par un baume aux principes actifs en combinaison avec le camphre et en dissolution dans l'acétoue, par M. GRIFFON. (Discussion : MM. HALLOPEAU, BALZER.) — Un cas d'intoxication par le dermatol, par M. AL. RENAULT. (Discussion : M. LAFAY.) — Engelures gangreneuses héréditaires, par M. DEBREUILH. — Sarcome du sein chez une femme kabyle, par M. LEGRAIN. — Quelques cas de phthiriasis anormaux, par M. BRAULT. — Tuberculides papulo-nécrotiques étendues, avec déformations digitales très accentuées, par M. J. BRAULT. — Deux cas de gangrène de la fesse consécutive à une injection mercurielle, par M. PIERRE NIKOLSKY (Varsovie). (Discussion : M. GAUCHER.)

Ouvrages offerts à la Société.

A. FOURNIER. — *Syphilis secondaire tardive*. Rueff, 1906.

M. FOURNIER. — J'ai l'honneur d'offrir à la Société un livre que je viens de publier sous le titre de *Syphilis secondaire tardive*.

Ce livre est consacré à la démonstration de deux vérités cliniques que j'énoncerai sommairement ici.

La première, c'est qu'il n'est pas rare ou même, disons mieux, qu'il est assez fréquent de rencontrer des manifestations de forme secondaire, de

modalité absolument secondaire, au cours de ce qu'on appelle la période tertiaire, voire à des échéances avancées, parfois très avancées, de cette période, c'est-à-dire 10, 15, 20 ans et plus au delà du chancre.

A ne citer que deux types, figurés ici, on observe la syphilide improprement dite (mais n'importe) psoriasis palmaire ou plantaire et une variété de glossite dite glossite décapillante jusqu'à la 12^e, 15^e, 20^e année de la maladie, voire au delà, avec une modalité objective tout à fait secondaire, avec la modalité qu'affectent ces mêmes accidents alors qu'ils se produisent dans une étape jeune de la maladie.

La seconde vérité (celle-ci comportant un intérêt pratique considérable) est que certaines de ces manifestations secondaires lointaines, attardées en quelque sorte dans l'étape tertiaire, peuvent conserver leur contagiosité. Par cela même qu'il y a des syphilides secondaires tardives, il y a des *contagions syphilitiques tardives*, c'est-à-dire qu'en pleine période tertiaire, voire en période tertiaire avancée, des contagions syphilitiques peuvent résulter de syphilides secondaires attardées, par exemple de plaques muqueuses génitales ou buccales.

Jusqu'à quelles échéances de telles contagions peuvent-elles se produire ?

1^o D'une façon certaine *jusqu'à la 10^e année*. On peut être affirmatif jusqu'à la 40^e année, parce que jusqu'à ce terme, les exemples observés sont assez nombreux pour faire foi.

2^o D'une façon possible, probable même, *plus tard encore*. Ainsi on a cité des contagions issues de manifestations secondaires après 12, 13, 17, 18 ans. Mais de tels faits ne constituent encore que des observations d'attente qui demandent à être confirmées par une enquête supplémentaire, et il n'est pas permis encore d'en tirer de conclusions.

En tout cas, il est bien certain (sans parler des accidents de forme tertiaire qui ne sont pas en cause pour l'instant) que la contagiosité syphilitique est susceptible de s'exercer à échéances bien plus tardives qu'on ne le croyait jusqu'ici, et cela de par des accidents de modalité secondaire.

PAYENNEVILLE. — *La langue plicaturée symétrique congénitale*. Roussel, 1905.

R. BERGH. — Ueber das Verhältniss des Lymphgefässsystems bei (primärer) syphilitischer Infection bei Weibern. *Sonder-Abdruck aus : Monatshefte für praktische Dermatologie*, 41 Band, 1905.

GAUCHER et LACAPÈRE (Paris). — Radionévrites et troubles trophiques cutanés. *Sonder-Abdruck aus den Verhandlungen des V^e Internationalen Dermatologen Congresses*, II Bd.

Correspondance manuscrite.

A Monsieur le Président de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Veuillez me permettre d'attirer l'attention du Comité de Direction de la Société et la vôtre sur la situation difficile où se trouve, à chaque séance, le secrétaire chargé du compte rendu. La place matérielle qui lui est

réservée lui rend impossible de suivre une discussion qu'il n'entend presque jamais et dont il ne lui parvient, à travers les rangs compacts des spectateurs, que des bribes inutilisables. Le compte rendu ne saurait, en de telles conditions, être l'image fidèle de la séance. J'ai pensé qu'il était de l'intérêt de tous de modifier une situation qui ne permet de rendre à personne ce qui lui appartient et qui annule en fait le désir qu'a le secrétaire d'être précis et fidèle rapporteur.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression très respectueuse de mes sentiments dévoués.

E. LENGLET.

M. LE PRÉSIDENT. — Le bureau s'occupera de faire droit aux très justes réclamations de nos zélés secrétaires.

MONSIEUR ET HONORÉ PRÉSIDENT,

En ouvrant le dernier *Bulletin* de la Société, paru après la réunion de décembre, je remarque que le compte rendu est fort incomplet.

La discussion qui a eu lieu relativement au cas de phagédénisme présenté par M. Griffon a été complètement supprimée. Pour ma part, j'avais envoyé en temps voulu des notes qui n'ont pas été imprimées.

Il me semble que le compte rendu doit contenir ce qui se dit à la Société ; c'est une règle formelle, et ce n'est qu'à cette condition que les sociétés peuvent fonctionner. Personne n'a le droit de faire de semblables suppressions qui rappellent trop la censure.

Ma protestation est bien plus une affaire de principe pouvant intéresser tout membre de la Société qu'une réclamation pour une publication personnelle.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré Président, mes plus respectueuses salutations.

D^r T. BARTHÉLEMY,

Membre fondateur.

M. LE PRÉSIDENT. — Il va sans dire que l'erratum réclamé par M. Barthélemy sera inséré dans notre prochain *Bulletin*.

A propos de la rédaction du procès-verbal.

M. GAUCHER. — L'observation que je vais faire se rapporte au procès-verbal de l'avant-dernière séance. Si je ne l'ai pas faite dans la dernière séance, c'est que le *Bulletin*, comme cela arrive souvent, n'avait pas encore paru.

Dans l'avant-dernière séance, j'avais présenté un travail de M. le professeur Nikolsky (de Varsovie), membre correspondant de la Société, et j'avais fait suivre ce travail de quelques remarques personnelles.

Étonné de ne pas voir figurer ce travail dans le *Bulletin*, j'ai écrit au secrétaire de la séance, M. le D^r Lenglet, qui, très correctement, m'a répondu la lettre suivante :

« MONSIEUR ET TRÈS HONORÉ MAÎTRE,

« Voici, sans autre explication personnelle, ce qui est arrivé au sujet de la communication de M. Nikolsky : je l'ai, avec le reste du compte rendu, portée à M. le D^r Thibierge, qui m'a prié de la retourner à M. Nikolsky,

pour deux raisons : 1^o pour en refondre le français; 2^o parce que les communications des correspondants ne peuvent être insérées que s'ils s'engagent à faire les frais d'insertion.

Veuillez agréer, etc. »

De ces deux raisons, la première ne me paraît pas valable, car le style des communications de notre Société ne regarde en rien la direction des *Annales*. La seconde raison est exacte, mais peut-être eût-il été convenable de m'en faire part, avant de renvoyer le travail à M. Nikolsky.

Ce n'est pas la première fois qu'un fait semblable se produit. C'est la troisième fois que la direction des *Annales* supprime ce que j'ai dit de la rédaction de notre *Bulletin*.

Je ne vois personnellement aucun inconvénient à ce que nous subventionnions les *Annales*; mais, si notre subvention fait vivre ce journal, c'est bien le moins que nous ne soyions pas soumis à sa censure, à son contrôle et à sa tyrannie. Nous payons les *Annales* pour imprimer notre *Bulletin* dans son intégrité et nous ne pouvons tolérer que ce journal se fasse juge de ce qu'il doit ou non insérer.

Je demande donc qu'à l'avenir il soit bien entendu que notre *Bulletin*, dont nous payons l'impression très cher, doit contenir tout ce qui sera remis aux *Annales* par notre secrétaire.

Messieurs, j'ai pris la peine d'écrire textuellement tout ce que vous venez d'entendre, et je remets mon manuscrit au secrétaire de la séance. Je prie Monsieur le Président de vouloir bien veiller à ce que mes observations soient insérées intégralement dans notre *Bulletin*, car je tiens essentiellement à ce que M. le professeur Nikolsky ne puisse m'accuser d'un manque de courtoisie à son égard.

M. THIBIERGE. — Les traditions établies par les divers secrétaires généraux de la Société ont été suivies dans ce cas. Sur leur demande et pour faciliter leur tâche, le directeur des *Annales*, au moment où le compte rendu de la séance lui parvenait, leur a toujours signalé les communications qui ne répondaient pas aux conditions réglementaires ou dont les manuscrits n'étaient pas en état pour l'impression. C'est à ce rôle que je me suis borné en signalant à M. Lenglet la communication de M. Nikolsky. J'ajouterai, en outre, que l'interruption des communications postales avec la Russie a empêché de l'insérer dans le compte rendu de la dernière séance (1).

M. BARTHÉLEMY. — Je joins ma réclamation à celle de M. Gaucher, en ce sens que personne ne peut s'arroger le droit de ne pas publier ce qui a été dit dans la Société. Si pour une raison quelconque cette publication ne pouvait avoir lieu, je m'étonne que mes notes ne m'aient pas été renvoyées; car, elles eussent pu être publiées, soit dans un autre *Bulletin* par rectification, soit dans un autre journal. C'est en tout cas ce que je réclame pour l'avenir où de pareilles suppressions ne doivent plus se reproduire. Cela est nécessaire à la bonne marche de la Société,

M. BARTHÉLEMY. — Voici le sens des paroles que j'avais dites dans les circonstances signalées plus haut :

(1) On trouvera la communication de M. Nikolsky à la fin du présent compte-rendu.

Le cas présenté par notre collègue M. Griffon est des plus intéressants, d'abord, et heureusement, par sa rareté; ensuite par la mutilation rapide et complète; c'est véritablement une syphilis du xv^e siècle qui nous est mise sous les yeux. Je voudrais la savoir soumise aux moyens de recherches les plus modernes; l'inoculation aux singes donne-t-elle ici quelque chose de spécial? Le spirochète a-t-il dans ces cas des caractères qu'il ne présente pas dans les cas plus simples? Ce qui me frappe encore c'est la ressemblance de ce cas, qui est essentiellement précoce, avec les cas tertiaires graves. Il faut toute la confiance que m'inspirent ceux qui l'ont observé à son commencement pour ne pas croire que le chancre du début n'était pas une variété de ces ulcérations tertiaires chancriformes uniques que nous a appris à connaître notre vénéré maître le professeur Fournier. Les ganglions ne sont pas toujours une raison péremptoire; car ces ganglions existent dans tous les cas vraiment difficiles. Ici surtout où il y a eu de la gangrène: donc, il y a eu de l'infection, et ces adénopathies peuvent être symptomatiques d'infections associées et différentes de l'infection syphilitique pure et dégagée de toute complication inflammatoire. J'ai vu encore récemment un cas de lésion tertiaire chancriforme se présentant dans ces conditions, c'est-à-dire avec une pléiade ganglionnaire. La résistance même au mercure qui est signalée ici est aussi à noter. A ce propos, qu'il me soit permis de dire une fois de plus que, à mon avis du moins, l'huile grise n'est pas moins efficace que le calomel, à condition qu'on mette dans chaque injection d'huile grise une proportion telle que le mercure soit en quantité égale à celle qu'on injecte sous la forme de calomel, que l'on donne celui-ci à 10 centigrammes tous les 10 jours ou à 5 centigrammes tous les 7 jours. Même dans ces conditions, l'injection d'huile grise sera encore moins douloureuse que la dose équivalente de calomel.

M. GAUCHER. — A propos de la communication de MM. de Beurmann et Gougerot sur les Radiodermites chroniques, je dépose sur le bureau un exemplaire de ma communication au Congrès de Berlin sur ce sujet. Dans cette communication j'ai montré que les accidents tardifs, provoqués par les rayons X, étaient des troubles trophiques, dus à une *névrite ascendante*, et j'ai proposé, pour bien montrer la pathogénie nerveuse de ces accidents, de les désigner sous le nom de *radio-névrites*.

La radiodermite est l'affection des opérés; la radio-névrite est l'affection des opérateurs.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Calomel et huile grise au gaïacoloïd.

PAR M. GRIFFON.

Dans la discussion qui a suivi ma présentation de malade dans la précédente séance, discussion qui a porté, on se le rappelle peut-être, sur le calomel indolore, j'ai répondu à M. Lafay que si le camphre et le gaïacol avaient été employés parfois dans les solutions de sels mercuriels, on n'avait pas encore eu recours à l'association systématique et préalable de ces deux substances qui, primitivement solides, donnent par une véritable combinaison chimique un agent analgésique nouveau, de consistance liquide, auquel M. Duret propose de donner le nom de *gaïacoloïd*.

Ma réponse n'ayant pu être imprimée dans le compte rendu de la séance, je me permets de la renouveler aujourd'hui.

Dans le même ordre de faits, M. Duret a préparé une huile grise au gaïacoloïd dont les injections, comme celles de la préparation de calomel, sont tout à fait indolores.

M. LÉVY-BING. — Pour bien juger de la valeur d'une préparation, au point de vue de la douleur produite par l'injection, il faut une expérience basée sur un très grand nombre d'injections ; sinon on risque de tomber sur une série, heureuse ou malheureuse, et d'en tirer des conclusions inexactes. Seule l'huile grise, bien préparée, et injectée selon les règles n'est jamais douloureuse ; aussi suis-je un peu étonné de voir M. Griffon rechercher un moyen de la rendre indolore, alors qu'elle l'est déjà naturellement.

M. A. FOURNIER. — L'ordre du jour de la séance étant très chargé, je propose de renvoyer à la prochaine séance la discussion de cette question de l'huile grise indolore.

A propos de la contagion peladique.

PAR M. JACQUET.

Notre collègue, M. Hallopeau, a résumé dans la dernière séance une lettre du D^r Giry, de Briey, relative à une épidémie peladique qui aurait eu lieu au printemps dernier dans cette localité.

Cette épidémie avait été relatée par le D^r Giry dans une lettre antérieure insérée au *Journal des Praticiens* et qui constitue le document *initial*.

Voici d'abord cette lettre, dont M. Hallopeau n'a pas cru devoir donner lecture ni demander l'inscription dans nos archives :

Je ne saurais laisser passer sans protester la conclusion d'un article intitulé « La Pelade », de M. le Dr Jeanselme, qui prétend que la maladie ne se communique pas.

Je ne me permettrai pas de nier l'origine tropho-névrotique de la pelade, n'étant pas dermatologiste, mais simplement médecin de campagne depuis six ans.

Je serais heureux, cependant, de soumettre à M. le Dr Jeanselme l'observation suivante :

Le 1^{er} février, je voyais à ma consultation une enfant de 11 ans, atteinte de pelade et habitant un village des environs de Briey.

Le 23 avril, je vaccinai dans ce village, et sur 45 élèves composant l'école, je trouvais 11 cas de pelade. J'avais cependant demandé à la mère de la première malade d'éloigner son enfant de l'école, car j'avais à ce moment-là déjà de sérieuses raisons de croire à la contagiosité de la pelade. Elle n'en avait rien fait.

D'après les renseignements que me fournit l'instituteur, l'enfant que j'avais vu le 1^{er} février avait contagionné les autres enfants.

Il semble qu'il y ait là un fait indiscutable; pour ma part, je crois à la contagion de la pelade; j'ajouterai même qu'il est dangereux de dire à des médecins : « La pelade ne se communique pas ». — Dr Giry (de Briey), *Médecin de l'Assistance publique*.

M. JEANSELME a répondu par la lettre suivante :

MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF,

Au cours d'une leçon dont le *Journal des Praticiens* a donné le résumé, j'ai émis l'opinion que la pelade ne se communique pas.

M. le Dr Giry s'élève contre cette assertion et me soumet l'observation suivante :

(Suit l'observation....)

Une épidémie de pelade atteignant le quart des enfants qui fréquentent une école, est un fait du plus haut intérêt. Malheureusement cette observation est rapportée en termes trop succincts pour qu'il soit possible, à mon avis, d'en tirer une conclusion.

Nombre d'affections du cuir chevelu peuvent simuler la pelade. Mais je suppose que ces 11 enfants étaient tous peladiques. Ce premier point concédé, il n'en résulterait pas nécessairement que la contagion soit en cause. Pour l'établir sans réplique, il faudrait démontrer, par une enquête sévère, la filiation des cas. Or, sur ce point capital, notre confrère se borne à nous apporter les dires de l'instituteur. Il me permettra d'exprimer le regret que les contagionnistes et les anti-contagionnistes n'aient pas été appelés à faire, sur lieu, une enquête contradictoire d'où, peut-être, aurait jailli la lumière.

En attendant que le problème étiologique soit résolu, j'estime avec la majorité des dermatologistes, qu'un médecin n'est pas en droit, pour éviter les chances d'une contagion fort problématique, d'écarter les enfants de l'école, à leur grand préjudice, pendant de longs mois.

C'est là, je crois, le langage même du bon sens.

Permettez-moi maintenant quelques réflexions personnelles.

Les plaques, dit notre confrère, étaient, à la *période d'état*, complètement dénudées, glabres, arrondies, absolument lisses.

Et d'autre part, *au début*, les plaques étaient recouvertes de poils follets, blancs, disséminés, minces, atrophies, s'arrachant très facilement avec le bulbe.

Et je vous demande, moi, si vous avez *jamais* vu des aires *au début* sous un tel aspect ?

Notre collègue M. Hallopeau a relevé la méprise du Dr Giry : il a pris, nous dit-il, « pour des plaques au début des pelades déjà en voie de guérison ».

L'auteur était à la fin d'une épidémie alors qu'il se croyait au début : voilà tout ; il n'entre pas pour cela une lueur de doute dans l'esprit de M. Hallopeau.

Or, je ferai remarquer, moi, que voilà une méprise un peu forte et qui peut nous permettre d'en supposer beaucoup d'autres.

Et puis, le cas initial, contaminateur, ayant été reconnu le 1^{er} *février*, comment se peut-il, à supposer même que la contamination ait eu lieu, *dès le premier jour*, que déjà, au 25 *avril*, des aires « siégeant pour la plupart sur les côtés de la nuque et atteignant la dimension d'environ 3 centimètres », aient eu le temps de traverser leurs phases d'*inoculation*, d'*incubation*, d'*évolution* et de *régression* !

D'autre part, notre confrère ignore absolument, si au moment de son premier cas de pelade, il n'y avait pas *déjà* dans l'école, des enfants peladiques, et *peladiques* AVANT leur entrée à l'école de Briey. Notons à ce propos qu'il ne s'agit point là d'une population enfantine sédentaire, mais essentiellement « *flottante*, composée d'ouvriers d'usine et de terrassiers », si bien que, au mois de novembre, il restait seulement à l'école 5 des enfants supposées contaminées (1).

Dans les quelques détails qui nous sont donnés, tout n'est donc que confusion et trouble.

Comment en serait-il autrement ? C'est le 23 *avril* que M. le Dr Giry a examiné les fillettes de Briey et c'est le 12 *novembre*, soit 6 mois 1½ *plus tard*, que, sur les instances de M. Hallopeau, notre confrère, qui déclare de lui-même n'avoir fait aucune enquête, et s'en tenir aux affirmations de l'instituteur, que notre confrère, dis-je, s'efforce de légitimer son diagnostic, et son affirmation : chacun jugera, selon sa mentalité, s'il y est ou non parvenu.

J'ajoute qu'il s'agit dans l'espèce d'une école de *fillettes*, d'enfants à cheveux longs, par conséquent, et l'on peut croire que les contacts

(1) Lettre du Dr Giry, du 25 décembre 1905.

directs d'aire peladique au cuir chevelu d'une compagne, ne sont pas aisés. Mais il n'importe, il suffit à notre confrère que les chapeaux de ces enfants se soient rencontrés « sur le bord d'une fenêtre » pour que la contagion lui paraisse établie (1).

Eh bien, je saisis cette occasion de faire connaître, qu'à l'heure actuelle je n'ai pas fait moins de ONZE CENTS tentatives d'inoculation peladique, par pénétration directe de l'aiguille chargée de produits frais, prélevés sur des aires *récentes, non traitées*, dans les follicules pilo-sébacés eux-mêmes, et cela sur des surfaces frottées au préalable, puis recouvertes pendant *plusieurs* jours, avec des pièces d'ouate, chargées par friction sur les mêmes aires.

Ces tentatives ont été faites sur plusieurs anciens peladiques ét, au nombre de 83, sur un malade en pleine évolution peladogène, et qui pendant nos tentatives fit sous nos yeux un nouveau disque, en une région vierge, à plus de 7 centimètres des points d'inoculation *les plus proches*.

Oui ou non, y avait-il là, la graine et le terrain (2)?

Et le résultat de tout cela : NÉANT, en dépit d'un si extraordinaire luxe de conditions favorables.

Pendant ce temps à Briey, loin de tout œil critique, voici une extraordinaire floraison de contagion et d'épidémies : à l'école; dans une famille; au contact d'un cheval; en ville « 10 cas *au moins* » chez des hommes ayant le *même* coiffeur.

Pourquoi *au moins*? Notre confrère n'aurait-il pas eu la force de dénombrer exactement tous ses peladiques, tant ils fourmillent! Voilà un « *au moins* » qui en dit long sur la précision apportée à ces recherches.

Dans la lettre qu'il a bien voulu m'adresser, d'ailleurs, notre confrère, plus simplement, déclare que dans sa clientèle il a vu souvent des peladiques adultes; « ceux que j'ai remarqués à Briey, dit-il, avaient tous leur point de départ chez le coiffeur »; mais, ici, il n'est plus question du MÊME, et il faut bien faire remarquer, puisqu'on ne semble pas s'en douter, que chacun ou peu s'en faut ayant inévitablement affaire au coiffeur, on se trouve toujours à *une, deux ou trois* semaines d'une manipulation de ce genre.

Quoi qu'il en soit, Briey étant la terre bénie de la contagion peladique, j'ai écrit à notre confrère pour le prier de vouloir bien nous aviser à temps des épidémies *futures*; et je n'hésiterai pas, de concert avec un contagionniste zélé, à aller observer sur place.

Mais en même temps je le préviens que désormais, son attention

(1) *Ibid.*

(2) Voy. pour le détail de ces expériences la thèse de mon élève Spiral : *Étude sur les essais expérimentaux d'inoculation peladique à l'homme*. Paris, Steinheil, 1905.

étant éveillée, et son diagnostic plus sévère, il n'aura probablement pas l'occasion de nous déranger.

Mais comme il croit devoir nous avertir qu'il est dangereux de dire à des médecins : « La pelade ne se communique pas », je tiens à lui faire connaître à quel point en effet ce danger est grave.

Personnellement je m'y suis énormément exposé : voilà 5 ans déjà que je signe *tous les certificats de non-contagiosité qu'on me demande* : et cela fait beaucoup. J'en signe aussi au nom de certains de nos collègues, qui ne veulent pas assumer — pour le moment — eux-mêmes cette responsabilité. J'aurais donc largement semé la pelade autour de moi, et sans doute n'aurait-on pas manqué à l'occasion de me le faire savoir : *où est la contagion ? où sont les épidémies ?*

J'ai vu dans une école de Bondy, une *épidémie* qui me fut signalée par le Dr Lavocat. Enquête faite, ce confrère convint volontiers et voulut bien m'autoriser à déclarer qu'elle « s'était envolée ».

J'ai vu un cas de *contagion*. Il est si favorable à ma doctrine, il en constitue une vérification si *amusante* dans sa précision, il est si à souhait pour me servir, que je n'oserais pas vous le relater, si je ne pouvais invoquer d'un bout à l'autre, le témoignage de mon collaborateur, le Dr Gaumerais.

Le 3 avril 1905, une personne connue de la société parisienne vient me trouver et me tient ce langage :

D. Docteur, vous rappelez-vous qu'il y a 2 ans je vous ai conduit mon chauffeur pour une pelade assez sérieuse ?

R. Parfaitement.

D. Vous me déclarâtes alors que la maladie n'est nullement contagieuse.

R. C'est en effet mon opinion.

D. Eh bien, je restai un an sans chauffeur, puis j'en repris un nouveau et je lui fis porter la casquette de son prédécesseur, sans lui cacher d'ailleurs qu'il avait eu la pelade. Et voici que, deux mois après, celui-ci à son tour a été atteint ; et je ne vous cache pas qu'il est très mécontent et que je suis fort ennuyé.

Un tel langage et un tel fait troubleraient sans doute un dermatologiste moins endurci que moi dans la non-contagiosité.

Mais depuis 7 ou 8 ans déjà, j'ai trop observé et expérimenté, sans nul autre souci que celui du vrai, et j'ai, pardonnez-moi l'expression, trop dégonflé déjà de fantômes en ce genre, pour que je fusse très anxieux.

Je répondis à M. L... que je comprenais son émotion et son langage ; et que je le priais de m'envoyer son nouveau chauffeur avec la casquette coupable : cela fut fait le jour même.

M. O... portait en effet à la tempe *droite* une aire peladique égale à une pièce de 1 franc environ, avec poils cassés et massués, reconnue 3 jours plus tôt.

Or, 2 ou 3 semaines *auparavant*, M. O... avait éprouvé une assez forte névralgie à la mâchoire supérieure *droite*, et cela 5 à 6 jours durant.

Je constatai du même côté une nette hyperesthésie des points faciaux *droits*, et une pulpo-périostite de la première molaire supérieure *droite*.

Et je dis à M. O... : vous irez trouver aujourd'hui même le Dr Gaumerais ; il soignera votre dent et vous serez *guéri*, *dans 5 semaines*, *je vous en donne ma parole d'honneur*, *à la condition que vous portiez de nouveau la casquette de votre camarade*.

Il voulut bien y consentir.

Gaumerais arracha la première molaire *droite* ; soigna de façon appropriée une grosse carie pénétrante de la première molaire inférieure *droite* : *nul autre traitement*.

Et le 17 mai, c'est-à-dire exactement 43 jours plus tard, nous constatons d'assez nombreux follets de repousse, colorés et sains ; le 14 juin le disque était entièrement recouvert de poils sains présentant une longueur d'environ 1 centimètre.

Je crois au total, pour en revenir aux cas de Briey, qu'ils ne sont pas de nature à modifier l'assertion, que *pas un cas d'inoculation, de contagion, pas une épidémie, n'ont été scientifiquement et contradictoirement observés et constatés* : cette phrase est un bloc, que tous les efforts contagionnistes n'ont pu soulever encore.

Et, par contre, j'ose annoncer à la Société que je lui apporterai à la séance d'avril, je l'espère, un ensemble de faits confirmant lumineusement et irréfutablement, je crois, l'opinion et la doctrine que j'ai avancées, que je maintiens, que je compléterai et que *j'établirai*, pour tout esprit impartial.

M. HALLOPEAU. — J'ai reçu de M. Giry une nouvelle lettre dans laquelle il fournit des indications, à mon sens tout à fait probantes, en faveur de la contagion peladique ; j'en donne lecture :

Voici l'observation des 5 cas de pelade dont je puis affirmer la contagion, ayant observé le premier cas, en tout 6 cas de pelade dans la même famille.

M^{me} D..., habitant les environs de Metz, vint un jour à ma consultation : depuis 10 mois elle était atteinte au côté droit de la nuque d'une plaque de 3 centimètres et demi, absolument dénudée.

Elle avait suivi différents traitements ; elle venait surtout me trouver parce qu'un médecin de Metz bien connu lui avait dit qu'elle était atteinte de pelade. Ses deux filles portaient également l'une deux plaques, l'autre une plaque peladique.

Ceci se passait au mois de septembre 1903; je prescrivis à la mère et aux deux filles un traitement qu'elles me promettent de suivre régulièrement. Au mois de mai 1904, une dame M... vient à ma consultation; elle est la sœur de M^{me} D... A la suite d'un séjour qu'elle fit chez sa sœur au moment des fêtes de la Toussaint en 1903, elle fut atteinte d'une petite plaque de pelade qui est, au moment où je la vois, dans la période de guérison.

Les deux jeunes filles sont dans une pension à Metz; à la suite d'un séjour dans leur famille pendant les vacances de Pâques 1905, elles sont atteintes de pelade. Dans ces deux cas les plaques sont lisses, polies comme de l'ivoire; chacune des deux jeunes filles a 2 plaques de pelade.

Dans les 5 cas, la contagion s'explique très bien, elle résulte, d'après les déclarations mêmes des malades, de la contagion par le peigne. Les deux filles de M^{me} D... se servent indistinctement de leur peigne ou de celui de leur mère.

M^{me} M... vient passer deux jours chez sa sœur à la Toussaint; elle n'emporte pas de nécessaire de toilette, se sert du peigne de sa sœur, d'où contagion.

Les filles reviennent chez elles pour 8 jours, au moment des fêtes de Pâques, se servent du peigne de leur mère et sont également atteintes de pelade.

Il y a donc bien là 5 cas de pelade, dont l'origine est M^{me} D... Je regrette de n'avoir pu faire pour les 11 cas de pelade que j'ai observés une enquête pour chacun des cas; mais la population du village est une population de terrassiers, de maçons, de mineurs, elle n'est pas stable et j'ai bien dû me contenter, quoique la chose m'ait été reprochée, des témoignages qui m'étaient fournis par l'instituteur, quant à la date d'apparition des premières plaques. D'ailleurs, je ne crois pas que ce témoignage puisse être discuté, il ne s'agit pas là d'une question de diagnostic à porter, mais d'une question de date. Or, il résulte nettement des renseignements qui m'ont été fournis, que les plaques observées par moi, qui *étaient bien des plaques de pelade*, ne se sont produites qu'après le premier cas que j'avais observé et qui a été dans l'école l'agent de contagion.

J'ai dit également avoir observé la pelade à ses différents stades, mais je ne crois pas avoir commis d'erreur dans le temps d'évolution de la maladie. J'ai vu des plaques nues comme l'ivoire *absolument glabres et lisses*. D'autres plaques étaient recouvertes de poils que l'on pouvait arracher avec le bulbe, ce qui m'a permis justement de différencier les plaques ainsi recouvertes de poils follets blancs disséminés, de la trophonévrose.

Le Dr Jeanselme me reproche, dans une lettre au *Journal des Praticiens*, de ne faire reposer mes observations sur aucune enquête sérieuse, mais c'est là justement ce que je regrette, de ne pouvoir donner, pour chacun de ces 11 cas, la date de l'apparition de la plaque, de ne pouvoir surtout présenter les malades. Mais actuellement tous ont disparu, accompagnant les entrepreneurs qui viennent de construire la nouvelle ligne de chemin de fer.

M. HALLOPEAU. — Je ne puis que m'associer aux conclusions de M. Giry. Or, en matière de contagion, les faits positifs priment les faits négatifs; la contagiosité de la pelade est donc établie une fois de plus par les observations de notre confrère de Brier.

M. JACQUET. — D'après cette lettre nouvelle, M. le D^r Giry aurait observé une épidémie *familiale* due à l'usage commun des peignes. Il est un peu humiliant de constater que dans cet hôpital qui est le centre dermatologique le plus important du monde, on soit réduit, dans la discussion d'une grande question, aux faits, d'une précision médiocre, de M. le D^r Giry, de Briey.

Je ne peux pas discuter au pied levé des faits, dont je n'ai pas le texte sous les yeux ; ce sera pour la prochaine séance ; pour le moment je renouvelle à M. Hallopeau la promesse de le suivre partout où il y aura une épidémie ACTUELLE à étudier. Et je souhaite que la prochaine soit plus durable et plus sérieuse que celle à laquelle il me convia l'an dernier à Châtillon-sur-Seine, et qui se volatilisa avant que nous n'eussions pris le train. Je constate que notre collègue est dans toute la force du terme *un homme de foi*.

Lichen obtusus et vitiligo ; examen histologique.

Par MM. DANLOS et GASTOT.

Cette note se réfère à un cas présenté sous le même titre à la dernière séance par M. Danlos.

L'examen histologique a porté sur un élément de la cuisse, enlevé entier.

A un faible grossissement l'ensemble de la coupe présente à la périphérie une hypertrophie papillomateuse considérable de la couche épidermique, le centre est occupé par une infiltration cellulaire compacte et serrée.

En divers points de cette infiltration la coupe montre des flots épidermiques coupés en travers.

Si on étudie à un grossissement plus considérable chaque partie de la coupe, on note :

Épiderme : Dans les parties proliférées, l'ensemble des digitations épidermiques pénètre profondément dans la zone d'infiltration. Ce sont ces prolongements qui donnent par coupe oblique les flots épidermiques centraux. Toutes les couches de l'épiderme sont hypertrophiées, la couche cornée est constituée par plusieurs lames superposées sans noyaux apparents. La couche à éléidine est très hypertrophiée, on y voit par places 4 à 5 rangées de cellules. Il n'existe pas d'autres particularités saillantes à mentionner dans l'épiderme.

Partie centrale : Elle présente comme particularités essentielles de sa constitution :

1^o Une abondance exceptionnelle de vaisseaux sanguins, auxquels s'ajoutent des vaisseaux lymphatiques moins nombreux.

2° Un tissu réticulé logeant des cellules lymphoïdes.

3° Des amas de cellules du type épithélioïde plus ou moins volumineux placés au voisinage ou au pourtour des vaisseaux. Quelques-uns même de ces amas semblent être nés de la paroi des vaisseaux dont la plupart ont leur endothélium proliféré notablement.

4° Des nodules d'infiltration périvasculaires constitués soit par des cellules épithélioïdes, soit par des cellules lymphoïdes.

On ne rencontre dans les coupes ni cellules géantes, ni cellules plasmiques groupées, rien rappelant la structure du tubercule ou du syphilome. L'ensemble de la lésion a l'aspect d'un bourgeon charnu ou d'un papillome, tandis que les amas cellulaires épithélioïdes, surtout ceux développés dans les vaisseaux, rappellent les thromboses épithéliales malignes.

Histologiquement, la lésion rentre dans le type des végétations d'origine dermique. Elle est à rapprocher par son aspect général des lésions trouvées dans un cas de lichen hypertrophique végétant ayant subi la transformation en épithélioma, cas présenté autrefois devant la Société par Du Castel et étudié histologiquement par l'un de nous.

Il semble donc s'agir ici, d'après l'histologie, d'un lichen en voie de transformation et d'évolution néoplasique.

Lichen plan à localisation pileaire, simulant le pityriasis rubra de Devergie ; étude histologique.

Par MM. DANLOS et GASTOU.

L'examen histologique a porté sur un élément pileaire et sur une papule polygonale plate.

L'ensemble de la lésion démontre nettement l'association d'une papule étalée sous-épidermique, bien limitée et d'une périfolliculite pileaire.

La papule rappelle tous les caractères du lichen plan. Mêmes lésions hyperkératosiques de l'épidermie avec augmentation de la couche granuleuse, même forme et nature de l'infiltration, mêmes altérations vasculaires.

A côté de la papule on voit nettement la lésion qui correspond à la localisation pileaire. L'ostium folliculaire est très élargi et surmonté d'une hyperkératose en forme de saillie extérieure et de pointe intra-folliculaire. Dans les profondeurs mêmes du follicule on retrouve cette hyperkératose qui se traduit dans le fond du follicule par des stratifications de cinq à six couches de volumineuses cellules à éléidine. Tout autour du follicule existe une infiltration de cellules lymphocytaires. Cette infiltration s'évase et s'étale autour de l'ostium folliculaire, allant se réunir à l'infiltration qui constitue les papules polygonales ; elle s'amincit le long du conduit folliculaire, tandis qu'arrivée vers le fond du follicule elle l'entoure en forme de masse volumineuse.

Il y a donc bien ici deux lésions associées, une lésion purement dermique du type lichen et une lésion folliculaire du type pityriasique. L'étude détaillée de chacun des éléments qui composent ces lésions semble bien démontrer que c'est en réalité le même processus histologique avec des

localisations différentes. Il semble donc logique de caractériser cliniquement ce cas sous le nom de lichen pileaire.

M. BROcq. — Sur certains points l'aspect objectif est tout à fait analogue au lichen plan circiné.

M. DARIER. — Il me semble que l'interprétation la plus satisfaisante de ce cas consisterait à admettre la superposition d'un processus inflammatoire lichénoïde à une lésion pileaire chronique préexistante.

M. DANLOS. — L'opinion de M. Darier relative à la préexistence d'une lésion pileaire ne me semble pas acceptable, car, au dire du malade, il y a trois mois environ la peau, sur tous les points envahis aujourd'hui, était absolument saine.

Érythème miliaire leucogénique prurigineux chronique.

Par M. MILIAN.

Le 1^{er} novembre 1905, je voyais un nommé G..., âgé de 48 ans, archiviste de la compagnie du Chemin de fer de l'Ouest, qui se plaignait de démangeaisons insupportables sur le corps et les membres.

Il avait depuis plus de 6 ans des attaques fréquentes d'urticaire typique avec grands placards œdémateux, mais, depuis six semaines, l'affection s'était modifiée. Les grandes plaques d'urticaire étaient devenues très rares, apparaissant peut-être au nombre d'une ou deux tous les quinze jours ; par contre, il s'était établi une éruption d'un genre très particulier, que je ne saurais qualifier autrement que d'érythème miliaire leucogénique prurigineux chronique.

Lorsqu'on découvre le malade, rien ne frappe la vue tout d'abord, tant l'éruption est discrète. Mais bientôt on reconnaît sur le tronc, particulièrement sur les flancs, sur les fesses, sur les membres, les cuisses surtout, une série de petites *taches rouges* de la dimension d'une tête d'épingle, arrondies, légèrement saillantes, assez analogues aux taches rosées de la fièvre typhoïde. Elles sont un peu plus petites, moins éclatantes, mais, surtout, elles sont entourées d'une *zone blanche*, véritable couronne anémique de la dimension d'une lentille ou un peu plus.

En bien des points la tache rosée a disparu et il ne reste plus qu'une *macule blanche* arrondie, post-éruptive, non cicatricielle. Ce mélange de taches blanches d'ailleurs peu accentuées et de taches roses entourées de blanc donne à la peau un aspect général un peu marbré dont on ne distingue pas au premier coup d'œil les éléments constitutants.

Il y a des jours où ces taches sont beaucoup plus abondantes. Elles occasionnent un prurit insupportable, souvent même des fourmillements. Elles sont surtout provoquées par le froid. C'est ainsi qu'au mois de décembre, étant resté 3 heures dehors par un froid assez vif, il poussa sur les mains du malade des taches rouges nombreuses qui s'accompagnèrent d'une démangeaison intolérable. Le tout s'effaça une heure après qu'il fut rentré chez lui à la chaleur.

Le malade est très nettement dermographique. En traçant sur la peau une ligne avec la pointe d'une épingle, cette ligne, bien qu'étroite, devient rapidement saillante et rouge sans anémie périphérique. En passant sur les macules blanches, la raie vaso-motrice fait une saillie à peine marquée.

Ce malade est sain par ailleurs. L'appétit est bon et les fonctions digestives sont normales. Les poumons et le cœur sont normaux. Le pouls, régulier, est à 80 pulsations debout. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Voici l'analyse qui en a été faite le 20 novembre 1903 par M. Ferdinand Vigier, le malade étant au régime lacto-végétarien depuis 20 jours et absorbant chaque jour 2 litres de lait au minimum.

Réaction.....	Acidité faible.
Odeur.....	Normale.
Couleur.....	Jaune pâle.
Aspect.....	Limpide.
Sédiment après repas.....	Léger dépôt blanchâtre.
Densité.....	1012
Albumine.....	Néant.
Sucre (glycose).....	Néant.
Urée.....	11 gr. 30 par litre.
Acide urique.....	0 gr. 16
Acide phosphorique.....	1 gr. 45
Chlorure de sodium.....	3 gr. 45
Mucine.....	Néant.
Pigments biliaires.....	Id.
Indoxyle.....	Id.
Urobiline.....	Traces légères.
Volume indiqué pour les 24 heures.....	2750 centim. cubes.

Le système nerveux du malade seul est certainement un peu touché. Cet homme est « nerveux », agacé par son état dont il s'exagère considérablement la gravité. Il en est très frappé, ayant souvent envie de pleurer, toujours de mauvaise humeur, « n'étant plus approchable ». Il est depuis 5 ans dans un état d'impuissance relative. Il n'a pas eu le moindre rapport sexuel depuis 5 mois. Il a bien quelques érections mais elles tombent dès qu'il veut les utiliser. Les réflexes rotuliens, achilléens et pupillaires sont normaux.

Cet homme est bien constitué, il est grand, ayant environ 1^m,85 de haut, il a le facies coloré couvert de taches de rousseur, bien plus jeune d'aspect que son âge; ses cheveux sont châtain clair, la moustache châtain roux, l'œil gris. Il est très bien proportionné.

Il a eu la syphilis à l'âge de 20 ans : chancre de la verge suivi de roséole et de plaques dans la bouche, dont il s'est soigné un an par les pilules, puis plusieurs années par l'iodure de potassium.

Marié en 1889, il a eu en 1890 un enfant né avant terme, à 8 mois et mort au bout d'une heure. Il a actuellement une fille âgée de 13 ans, bien portante.

Ce malade est mis au régime lacto-végétarien, au bicarbonate de soude et aux douches tièdes, étant donnés les rapports que semble avoir l'affection actuelle avec l'urticaire.

Après 25 jours de ce régime il y avait une amélioration très légère. Je

voulus essayer l'effet de l'antipyrine qui réussit quelquefois très bien dans certains prurits.

Je lui prescrivis ce médicament à la dose de 3 grammes par jour, 1 gramme matin, midi et soir. Or, bien qu'ayant déjà plusieurs fois pris ce médicament sans inconvénient, il fut pris, aussitôt après ce premier cachet, dans la nuit qui suivit l'absorption, d'une enflure considérable de la tête, cuir chevelu, front et paupières qui dura 24 heures. Les conjonctives elles-mêmes étaient injectées.

Devant ce résultat malencontreux, je remplaçai l'antipyrine par le pyramidon. Mais, au premier cachet de 25 centigrammes de ce médicament, des accidents absolument analogues à ceux produits par l'antipyrine apparurent.

Je renonçai donc à toute thérapeutique de ce genre et remis le malade au simple traitement : régime lacto-végétarien, douches tièdes et bicarbonate de soude.

Aujourd'hui 11 janvier l'éruption est toujours à peu près la même, mais les démangeaisons paraissent avoir un peu diminué.

Cette description nous paraît justifier le nom que nous avons donné à cette singulière affection : *érythème*, puisqu'il s'agit de taches roses disparaissant à la pression; *miliaire*, puisque ces taches ont la dimension maxima d'une tête d'épingle; *leucogénique*, puisqu'il engendre autour et après lui des taches blanches non cicatricielles; *prurigineux*, puisqu'il s'accompagne de démangeaisons; *chronique*, puisqu'il dure déjà depuis trois mois et qu'il ne semble pas près de guérir.

Quelle idée peut-on s'en faire, à défaut de descriptions et de cas antérieurs connus? Étant donnés les poussées d'urticaire et le dermatographisme du malade d'une part, et la mobilité des éléments éruptifs (que je n'ai d'ailleurs pas nettement constatée mais qu'affirme le malade) d'autre part, il faut peut-être considérer cette dermatose comme une variété d'urticaire.

Le nervosisme du sujet cadre bien avec cette hypothèse. Nous verrons si l'évolution la confirme. L'étiologie en est d'ailleurs entièrement obscure, car rien, à part ce nervosisme peut-être secondaire, ne me paraît capable de l'expliquer. Les organes sont sains. Les urines ne présentent rien d'anormal, car la polyurie relève du régime lacté végétarien et non d'une manifestation morbide.

Il est utile aussi de bien faire remarquer que cette affection ne ressemble nullement au strophulus ou urticaire papuleux des enfants. C'est pourquoi nous préférons le nom d'érythème à celui d'urticaire. En effet, il n'y a jamais la moindre tendance à vésiculation des éléments et, d'autre part, jamais la tache ne se transforme en une papule de prurigo avec sa croûte brune d'excoriation.

M. J. DARIER. — Je remarque que les éléments qu'on a grattés ou irrités deviennent franchement papuleux. Ce caractère fait songer à l'urticaire pigmentaire. On ferait bien, je crois, de s'assurer par la biopsie qu'il ne s'agit pas d'une forme anormale de cette affection

Sur un lichen de Wilson, tubéreux et vitiligoïde, variété nouvelle.

Par M. HALLOPEAU.

En décrivant en 1887 une forme achromique de lichen de Wilson, nous établissions que l'on avait à tort dénommé cette maladie *lichen ruber*; si souvent, en effet, ses éruptions prennent une teinte rouge livide, il est des cas où, au contraire, elles sont complètement décolorées.

Le malade de la ville, que nous avons l'honneur de vous présenter, vient fournir un nouvel argument en faveur de cette proposition; il nous montre de plus qu'en dehors du lichen plan achromique scléreux que nous avons fait connaître, avec Kaposi, il existe un lichen de Wilson achromique tubéreux, tout à fait distinct du précédent par son évolution.

L'histoire de ce malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

M. Mer..., âgé de 53 ans, est atteint, depuis un an, d'un lichen de Wilson; l'éruption a commencé au scrotum et au pourtour de l'anus, puis elle s'est étendue successivement au poignet droit et à la cheville. Ces altérations ont été constamment le siège d'un prurit intense; elles ont toutes présenté, dans les premiers temps, d'après les affirmations du malade, une coloration d'un rouge sombre: depuis 6 mois, celles de la région ano-génitale se sont décolorées.

Actuellement, les plaques de lichen de l'avant-bras gauche et de la cheville droite offrent tous les caractères classiques du lichen obtusus: saillantes, à contours polygonaux, d'une coloration d'un rouge sombre, criblées de dépressions ponctiformes, elles peuvent être considérées comme typiques.

Les altérations ano-génitales présentent un aspect très différent.

Le sillon interfessier, le pourtour de l'anus, le raphé périnéal, le scrotum et les régions inguinales sont le siège de lésions nombreuses, les unes élevées, les autres planes, toutes décolorées.

A part cette décoloration, nombre d'entre elles présentent les caractères du lichen obtusus, y compris un prurit intense.

Dans le pli interfessier, à droite, s'élève au-dessus de l'anus une élévation à contours irrégulièrement elliptiques; son grand diamètre, dirigé verticalement, mesure environ 3 centimètres, son diamètre transversal ne dépasse pas 8 millimètres, elle est très notablement saillante: sa décoloration est complète; on y voit de nombreuses dépressions ponctiformes; sa consistance est ferme; il existe à son pourtour de petites élévations semblables du volume

de grains de chènevis. Plus bas, au pourtour de l'anus, se trouvent des élevures tout à fait semblables; elles atteignent les dimensions de petites amandes; elles se disposent circulairement autour de l'orifice; leur relief atteint de 7 à 8 millimètres, les poils y persistent, les plis rayonnés tendent à les cloisonner; il n'y a pas d'hémorroïdes.

Les éléments très semblables que l'on voit en avant de l'anus, le long du raphé périnéal, forment, de chaque côté, des saillies, allongées d'avant en arrière, qui mesurent jusqu'à 3 centimètres dans leur grand diamètre sur 4 millimètres transversalement.

Au pourtour du sillon médian, dans toute la hauteur de la région interfessière, on remarque, dans un rayon d'environ 3 centimètres, une teinte sombre, brunâtre, hyperpigmentée.

Au scrotum, on voit encore des plaques décolorées, mais elles ne sont plus saillantes; leurs diamètres varient de quelques millimètres à plus de 4 centimètres; on y distingue, à jour frisant, des macules brillantes à contours polygonaux ressemblant aux papules de lichen de Wilson, moins la saillie et la rougeur habituelle; leurs contours sont polycycliques à courts rayons et nettement arrêtés; la peau y est notablement plus épaisse que dans les parties saines; ces plaques sont le siège d'un prurit intense. Le malade assure qu'elles ont été colorées au début.

Dans la région inguinale gauche, on voit des plaques saillantes et décolorées semblables à celles du sillon interfessier.

Dans les paumes des mains, on note, de chaque côté, des plaques indurées, rouges, légèrement squameuses et prurigineuses.

De chaque côté, la muqueuse des joues est le siège de plaques opalines.

Cette observation nous paraît digne d'intérêt, d'une part, en raison des difficultés de diagnostic qu'elle présente, d'autre part, en ce qu'elle implique l'existence d'une forme morbide non encore signalée.

Le diagnostic de lichen de Wilson ne peut faire l'objet d'un doute en ce qui concerne l'éruption de l'avant-bras et de la cheville: elle est pathognomonique.

Les caractères des saillies péri-anales, et leur forme en bandes allongées à côté d'élevures polygones, les nombreuses dépressions ponctiformes dont elles sont le siège, ainsi que les sensations très pénibles de prurit auxquelles elles donnent lieu, conduisent au même diagnostic: l'hypothèse de marisques ne peut être soutenue, en raison du siège de ces lésions dans toute la hauteur du sillon interfessier, ainsi que sur le pourtour du raphé périnéal jusqu'au scrotum et dans la région inguinale.

Ces éléments ont tous les caractères du lichen tubéreux, sauf leur décoloration.

La question est plus difficile à résoudre en ce qui concerne les éléments éruptifs du scrotum: une partie des altérations y ressemblent beaucoup à celles qui viennent d'être décrites; on trouve des inter-

médiaires entre les deux ordres de lésions, les unes saillantes, les autres planes; mais c'est surtout en ce qui concerne la grande nappe décolorée que le problème se pose : *s'agit-il d'un lichen de Wilson en nappe ou d'une plaque de vitiligo*? La première impression est en faveur de cette dernière interprétation : l'aspect est en effet celui d'une large plaque de vitiligo : cependant un examen plus minutieux nous conduit à considérer comme certaine l'autre hypothèse : nous noterons en effet en sa faveur : 1° *l'induration appréciable du tégument à son niveau*; 2° *les figures brillantes, polygonales, que l'on y distingue à jour frisant*; 3° *le prurit intense que le malade y accuse*; 4° *l'assertion du malade d'après laquelle cette lésion aurait été rouge au début*; 5° *l'existence d'intermédiaires entre cette grande nappe et des flocs manifestement lichéniens* : nous sommes ainsi conduit à admettre qu'il ne s'agit pas ici, comme dans les deux intéressantes observations que nous a communiquées M. Danlos dans notre dernière séance, d'un véritable vitiligo et nous proposons la dénomination de *VITILIGOÏDES* pour désigner cette nouvelle forme de lichen : il faudra y ajouter, pour une partie des plaques, la qualification de *lichen tubéreux*.

Cette nouvelle forme de lichen achromique diffère essentiellement de celle que Kaposi et nous avons fait connaître, en ce que dans celle-ci le lichen, au lieu d'être tubéreux, est au contraire scléreux et atrophique.

Sur un érythème induré de l'avant-bras et ses caractères particuliers.

Par MM. HALLOPEAU et ROY.

Ce fait nous paraît mériter d'être signalé en raison de la localisation exceptionnelle des lésions à l'un des avant-bras, des caractères particuliers qu'elles y présentent et des difficultés qu'a offertes leur diagnostic.

Nous résumerons ainsi qu'il suit l'histoire de cette malade :

A l'âge de 16 mois la malade a eu au cou un abcès ganglionnaire qui a laissé une cicatrice; dans sa huitième année, elle a été atteinte d'une toux persistante et on lui a dit qu'elle avait eu à cette époque un poumon malade.

Elle entre dans notre service pour une éruption localisée à l'avant-bras gauche, qui a débuté il y a cinq mois par les trois élevures supérieures; la plus inférieure est apparue au mois d'octobre.

Actuellement on voit, le long du bord interne du long supinateur, quatre élevures espacées suivant une ligne verticale, sauf le deuxième élément qui est un peu en dehors.

Les dimensions de ces éléments varient entre celles d'une lentille et celles d'une pièce de cinquante centimes. On y sent nettement l'infiltration intra-dermique.

Dans chacune des plaques existent plusieurs saillies nodulaires. On remarque que la plus inférieure est composée de trois éléments secondaires dont le plus élevé est gros comme un petit pois et les deux autres comme des grains de chènevis.

Ces plaques ont une coloration rouge sombre disparaissant à la pression.

Les intervalles qui les séparent ont environ 12 millimètres; à ce niveau la peau est un peu rouge.

Les deux éléments médians ont doublé de volume depuis le début de l'éruption.

L'état général bon, mais l'on perçoit, au sommet des poumons, les signes d'une tuberculose au premier degré.

L'examen histologique, pratiqué par M. Dominici dans le laboratoire de M. Sabouraud, a donné les résultats suivants :

Dilatation des capillaires sanguins et lymphatiques; afflux de mononucléaires formant de petits flots indépendants ou amassés autour des capillaires. Au niveau des points de concentration de ces mononucléaires, les cellules conjonctives réagissent (hypertrophie du corps et du noyau), mais ces éléments ne présentent aucun des caractères propres au tubercule (absence de cellules géantes, de transformation épithélioïde).

Ces lésions répondent peut-être à une action d'origine toxinique, mais ne ressemblent en aucune façon à celles qui ressortissent à la présence du bacille de Koch.

La durée de la maladie et l'induration dermique appréciable dans chacun des boutons établissent qu'il ne s'agit pas là d'un érythème banal de cause accidentelle et les antécédents de la malade, ses cicatrices ganglionnaires, les altérations qui actuellement encore existent au sommet des poumons, conduisent à l'idée d'une manifestation de nature tuberculeuse : comment la qualifier ?

Il ne s'agit pas d'un lupus : on ne trouve pas les grains sucre d'orge de consistance molle qui caractérisent cette dermatose.

On pourrait penser, en raison de la distribution des saillies en une série verticale, à une tuberculose d'un tronc lymphatique : le siège relativement superficiel, cutané des lésions, l'absence d'induration en cordon entre les éléments, le défaut d'adénopathies axillaires ne nous permettent pas de nous arrêter à ce diagnostic.

C'est de l'érythème induré que ces lésions se rapprochent le plus et c'est à cette interprétation que nous croyons devoir nous arrêter. Les résultats de l'examen histologique ne sont pas en désaccord avec cette interprétation si l'on admet, comme on est généralement enclin à le faire pour l'érythème induré de Bazin, qu'il s'agit de *toxi-tuberculides*.

S'il en est ainsi, ce cas est remarquable par le *peu d'étendue des*

lésions, le caractère peu prononcé de leur induration et leur couleur plutôt rosée contrastant avec la teinte livide que présente cette même éruption lorsqu'elle intéresse, comme il est habituel, les membres inférieurs. Ces particularités s'expliquent suffisamment par le siège de l'éruption à l'une des extrémités supérieures.

M. DARIER. — Plusieurs cas analogues sont cités dans les articles Lichens et Vitiligo de la *Pratique dermatologique* (1); il s'agissait de taches de vitiligo présentant à leur centre des éléments de lichen simplex.

M. HALLOPEAU. — Il n'y a pas trace de vitiligo au pourtour des éléments tubéreux fessiers et périnéens et l'analogie invoquée par M. Darier ne nous paraît même pas applicable à la grande plaque scrotale constituée surtout par des éléments de lichen achromique.

A. FOURNIER. — Il serait utile de rechercher s'il y a du sucre dans l'urine de ce malade.

Psoriasis atypique au cours d'une infection blennorrhagique.

Par MM. BALZER et DESHAYES.

V..., Marguerite, 24 ans, couturière, entre le 2 janvier 1906, salle Albert, n° 33. Cette malade se présente à la consultation avec des plaques de psoriasis distribuées à la face interne des cuisses, à leur partie supérieure et sur la face antérieure des deux avant-bras. Depuis trois ans elle présentait à la bouche, sur les deux lèvres, une formation de squames adhérentes et blanchâtres, épaisses, toujours renouvelées et recouvrant toute la surface muqueuse externe des lèvres.

Il y a huit mois cette malade a été soignée dans le service pour une blennorrhagie accompagnée de douleurs légères dans l'épaule droite et de douleurs plus vives et plus tenaces dans le poignet gauche. De ce rhumatisme blennorrhagique il reste encore actuellement une assez forte raideur dans le poignet gauche et dans la main gauche. Mais lors de ce premier séjour à l'hôpital on ne reconnut pas de psoriasis chez elle en aucun point du corps, et la malade affirme de plus qu'elle n'en avait jamais eu. Après un séjour de quatre semaines, elle sortit de l'hôpital, guérie en apparence de sa blennorrhagie, mais conservant encore du rhumatisme du poignet gauche.

Il y a quatre mois débuta le psoriasis par une plaque située sur l'éminence thénar gauche; puis il envahit toute la paume de la main, et forma une traînée linéaire sur la face interne de l'avant-bras, en mettant environ deux mois à arriver à l'extension que l'on peut constater aujourd'hui. A la même époque se montra une plaque nette sur le coude du même côté.

A peu près en même temps survinrent à la face interne des cuisses, dans la région inguino-crurale, des placards de psoriasis qui persistent encore à l'heure actuelle. Enfin de semblables lésions, plus légères, apparurent encore au pied gauche dans les sillons interdigitaux, à l'ombilic et dans le cuir chevelu.

(1) *La Pratique dermatologique*, t. III, p. 154, et t. IV, p. 851.

État actuel. — On constate une dermatose rouge avec légère desquamation sans épaississement notable du derme, occupant toute la face interne de la main et des doigts, et se prolongeant à la face antérieure de l'avant-bras gauche en traînée jusqu'à la partie moyenne du bras. Le grattage de la squame n'amène pas de saignement notable. Au coude la lésion est beaucoup plus épaisse. Les lésions psoriasiques, très rouges, occupent aussi les plis interdigitaux.

Aux deux éminences thénar, les placards affectent le long du pouce une forme un peu fissuraire dans le pli interdigital. A la main droite, le psoriasis est limité en ce point; sur l'avant-bras droit, quelques plaques petites, et vers le pli de flexion du coude; au sommet olécranien, éléments très petits à peine marqués. Aux deux cuisses dans le pli inguinal, au-dessus et au-dessous, jarges plaques de psoriasis, rouges, symétriques, siège de démangeaisons, avec légère desquamation et présentant encore par places, surtout vers le pubis, de petites folliculites suppurées. Dans le creux ombilical, petit placard de psoriasis rouge.

A la bouche, sur le bord libre des lèvres, revêtement épidermique épaissi, formant une sorte de carapace avec fissures, surtout près des commissures.

Au cuir chevelu, séborrhée assez intense avec placards de psoriasis disséminés.

A l'examen au spéculum, on reconnaît que la malade a encore la blennorrhagie, soit que l'ancienne ait été incomplètement guérie, soit qu'elle en ait contracté une nouvelle. Il y a de la vulvo-vaginite avec rougeur assez vive des culs-de-sac du vagin, et, de plus, urétrite dans le pus de laquelle on trouve des gonocoques.

La malade ne se plaint pas de douleurs dans le poignet gauche, mais il est toujours très raide ainsi que la main, et les muscles de l'avant-bras sont amaigris.

En somme, notre malade est encore atteinte de blennorrhagie à gonocoques, avec rhumatisme chronique du poignet gauche. En outre, depuis quatre mois, développement d'un psoriasis avec éléments nummulaires caractéristiques disséminés en divers points des membres et au cuir chevelu, et remarquable surtout par des localisations et une forme atypique, à la paume des mains, dans les plis interdigitaux des mains et des pieds, aux plis inguinaux, au pli du coude, à l'ombilic. Le diagnostic de cette dermatose ne peut faire l'objet d'aucun doute, mais quelques points obscurs de l'observation doivent être examinés.

Tout d'abord, il faut se demander quelle est la nature de cette singulière affection squameuse des lèvres qui existait depuis très longtemps chez la malade, avec rougeur et formation d'une sorte de carapace squameuse persistante. Était-ce déjà du psoriasis? Il est difficile de l'affirmer, d'autant plus que la malade nie absolument avoir eu d'autres éléments attribuables à cette dermatose avant les quatre mois derniers, et, d'autre part, nous n'en avons pas remarqué

lors de son premier séjour à l'hôpital. Le psoriasis des lèvres est rare, cependant on l'observe quelquefois dans les éruptions étendues de psoriasis généralisé. Mais le psoriasis exclusivement limité aux lèvres pendant assez longtemps nous est inconnu. Nous nous bornons ici à relater le fait singulier que nous avons observé, et à appeler sur ce sujet l'attention de nos collègues.

Le second fait à relever est le développement remarquable de cette éruption de psoriasis au cours d'une blennorrhagie avec rhumatisme. On sait que le psoriasis se produit assez facilement dans certains cas de rhumatisme ordinaire tendant à la chronicité, le fait a été plus rarement observé en ce qui concerne la blennorrhagie, même avec infection générale. Il nous a paru intéressant de signaler cet éveil d'un psoriasis se produisant ainsi à l'occasion d'une blennorrhagie infectante.

La forme atypique du psoriasis est remarquable chez notre malade. Elle n'est pas absolument pure, car des éléments normaux de psoriasis se montrent sur les membres. Il est peu probable aussi que cette forme atypique soit en relation avec les circonstances étiologiques ; on a remarqué parfois que le psoriasis atypique s'observait souvent dans les cas où cette dermatose s'éveille un peu tardivement chez les sujets qui en sont affectés, comme cela est le cas pour notre malade.

Nous avons institué chez elle le traitement de la blennorrhagie par les lavages au permanganate de potasse et par les tampons du vagin imbibés avec la glycérine résorcinée. Pour son psoriasis, qui est rouge et facilement irritable, nous employons une pommade cadique faible à 5 p. 100. Nous nous sommes servis comme excipient d'un produit spécial, la *diadermine*, qui nous a été présenté par M. Deblangey, ancien élève en pharmacie dans cet hôpital. C'est simplement un savon mou à la glycérine, inaltérable, très neutre, qui a l'avantage de permettre un facile lavage de la peau. Dans plusieurs cas nous l'avons employé pour décaper l'épiderme et il ne nous a pas paru irriter la peau. Nos essais, faits dans les dermatoses sèches, sont encore peu nombreux, mais ils sont, en somme, plutôt favorables à ce produit qui ne contient ni corps gras, ni poudres d'aucune sorte, et qui peut constituer un bon excipient pour pommades. Dans le cas actuel, le psoriasis, que nous sommes obligés de traiter avec ménagement, à cause de sa nature irritable, paraît devoir opposer une certaine résistance au traitement.

M. BARTHÉLEMY. — L'observation de M. Balzer nous apprend un fait intéressant : c'est que l'infection blennorrhagique peut, dans certains cas, exagérer une dermatose ; il s'agit ici d'un psoriasis persistant. Or, je suis frappé de la ressemblance de cette *éruption psoriasique exagérée* avec certaines éruptions

décrites comme d'origine exclusivement blennorrhagique. Il faudra donc, à l'avenir, rechercher, dans les cas d'éruption dite blennorrhagique, s'il n'existait pas auparavant une éruption quelconque à l'état peu marqué, au coude, au genou, au cuir chevelu, derrière les oreilles, etc.

Syphilis ignorée.

Par M. MOTY.

Si je représente une seconde fois ce malade atteint de gomme de la pointe de la langue et de perforation palatine actuellement en très bonne voie, c'est que j'ai été très frappé des remarques de notre Président et de mon collègue Barthélemy. Il s'agit de savoir si la syphilis de ce malade est héréditaire ou acquise. La forme de ses lésions paraît si nettement en faveur de la première hypothèse, que j'ai de prime abord abandonné l'opinion que j'avais émise dans notre dernière séance, mais sans renoncer à l'enquête qu'avait réclamée M. le professeur Fournier et dont voici les résultats :

1° En faveur de l'héredo-syphilis :

La forme même des lésions buccales et la rapidité de leur rétrocession, sous l'influence de 20 frictions mercurielles à 4 grammes, suivie d'un traitement à l'iodure de potassium, à doses progressives poussées jusqu'à 12 grammes et maintenu à cette dose jusqu'au jour actuel. Une syphilis récente n'aurait peut-être pas cédé aussi rapidement.

En second lieu, absence de ganglions épitrochléens ou occipitaux nettement engorgés, absence de papules cutanées, absence de cicatrice de chancre.

2° En faveur de la syphilis acquise :

L'adénite sous-maxillaire apparue en mai et suivie en juin d'oreillons apyrétiques avec « léger énanthème sur la moitié postérieure du voile du palais et des piliers, sans autre complication », dit l'observation (1^{er} au 18 juin). Le 13 juillet, à son retour de permission, le malade était porteur d'une adénite sous-maxillaire double (exempt d'exercice); le 31 juillet, angine. Du 6 au 23 août, adénite sous-maxillaire; le 25 août, première apparition d'une érosion superficielle à la pointe de la langue, pour laquelle le malade ne se présente plus à la visite avant le 2 octobre, époque à laquelle on trouve une véritable ulcération à base gommeuse qui fait immédiatement poser le diagnostic de lésion tertiaire, diagnostic confirmé par les résultats du traitement et l'apparition d'une perforation palatine le 4 novembre, alors que la langue était presque guérie. Je considère ce mode d'évolution comme favorable à l'hypothèse d'un chancre pharyngien, méconnu en raison de l'apparition d'une adénite persistante,

deux mois avant la lésion de la langue débutant par une érosion superficielle.

Il y avait eu, en outre, des céphalalgies vespérales très intenses en juin.

La disparition rapide de l'adénite sous-maxillaire écarte d'ailleurs l'idée de tuberculose ganglionnaire.

La forme même de l'adénite réduite à un gros ganglion du côté droit, tandis que l'ulcération principale de la langue était à gauche, et l'existence d'un cordon dur descendant du ganglion vers la base du cou plaide également en faveur d'une adénite spécifique secondaire.

Enfin l'examen des organes le plus souvent atteints par l'hérédosyphilis reste négatif; les dents sont fortement usées, la canine est petite il est vrai, mais on ne trouve aucune érosion de l'émail et le malade, qui est un Normand, possède, eu égard à son origine, une denture plutôt satisfaisante (deux caries seulement).

Le champ visuel est normal, sans scotome; emmétropie.

Les yeux ne présentent ni tache cristallinienne, ni pigment rétinien; on note par contre, un peu de xérodermie aux bras et avant-bras, et très peu aux cuisses.

Au dire du malade, il n'a jamais eu d'ictère.

Quant aux renseignements donnés par lui sur sa famille, les voici: père 54 ans, cordonnier, bien portant; mère morte en couches il y a 15 ans; deux frères et trois sœurs vivants, bien portants; un frère aîné mort accidentellement, une sœur aînée morte à 14 ans; quatre enfants morts dans leur première année.

Le médecin de cette famille est mort il y a un mois, je n'ai donc pu mettre ses lumières et son obligeance à contribution, et vous estimerez sans doute comme moi que de ce côté le résultat de l'enquête reste jusqu'ici douteux.

Voici, comme complément d'information, les renseignements fournis par le père du malade sur sa famille:

1 ^{er} enfant.	Garçon.....	Mort noyé.
2 ^e	— Fille.....	Bien portante.
3 ^e	— Fille.....	Morte de méningite à 11 ans.
4 ^e	— Garçon.....	Fluxion de poitrine à 19 mois (vivant).
5 ^e	— Fille.....	Morte par piqûre de mouche charbonneuse à 3 ans
6 ^e	— Fille.....	Morte de fièvre typhoïde à 9 ans.
7 ^e	— Garçon.....	N'a jamais été malade.
8 ^e	— Fille.....	Morte d'angine à 11 ans.
9 ^e	— Fille.....	Angine à 4 ans.
10 ^e	— Fille.....	N'est pas forte.
11 ^e	— Garçon.....	Fluxion de poitrine à 3 ans.
12 ^e	— Garçon.....	Mort à 1 jour. Mère morte en couches.

Il n'y a pas eu de fausses couches.

Le père déclare, en outre, ne pas savoir ce que c'est qu'une maladie vénérienne. Tous ses enfants sont de la même femme; il n'a servi que comme mobile pendant la guerre de 1870-71.

Le dernier enfant vivant a actuellement 19 ans (le 11°).

N'est-il pas vraisemblable que le père, qui n'a jamais bénéficié d'aucun traitement, n'aurait pas été en état d'engendrer une aussi belle lignée s'il eût été atteint de syphilis.

J'estime donc qu'il y a lieu de traiter ce malade comme s'il s'agissait d'une syphilis tertiaire précoce, tout en constatant qu'il reste un doute sur la véritable étiologie de la maladie, et en restant préparé à accueillir les renseignements inespérés qui pourraient m'être fournis.

M. BARTHÉLEMY. — Notre excellent collègue et ami M. Moty, a bien voulu, sur ce cas intéressant, faire une nouvelle enquête approfondie. Je l'en remercie puisque c'est moi qui l'y avais convié. Certes, je n'oserais pas sans renseignement dire qu'il s'agit de syphilis héréditaire. Je puis aussi bien invoquer une syphilis déjà ancienne et qui aurait été méconnue et prise accidentellement, par exemple, dans l'enfance. Ce qui fait hésiter à admettre qu'il s'agisse ici d'une syphilis récemment acquise, c'est le peu de temps qui s'est écoulé entre le chancre syphilitique et les accidents tertiaires de la langue et surtout ceux de la voûte palatine. L'orifice est en partie comblé aujourd'hui et la lésion gommeuse est minime (on voit d'ailleurs parfois ainsi deux ou trois gommes miliaires dans le voile); ici la lésion siège à l'union du voile et de la voûte palatine; mais elle n'est pas congénitale et elle siège bien dans les os, comme le stylet l'a montré à M. Moty — (je dis cela pour répondre aux justes objections que j'entends formuler autour de nous). — En somme, c'est quelques mois, six mois je crois, après le chancre que s'est perforée la voûte palatine sous la forme, non d'un séquestre irrégulier, mais sous la forme d'une petite gomme nodulaire arrondie, sans élimination d'os, et cela dans un cas qui ne paraît pas autrement grave, qui n'est accompagné d'aucune autre lésion sur la peau, les muqueuses ou les os, qui n'est pas un cas par conséquent de syphilis maligne précoce et qui est localisée déjà à la façon des syphilis anciennes, disciplinées, comme dit M. Fournier. Qu'à ce sujet, notre Président me permette de faire appel à son expérience et de lui demander combien de temps après le chancre il a vu, dans les cas les plus précoces, la voûte palatine être ainsi perforée par la syphilis?

M. A. FOURNIER. — C'est là une question à laquelle je ne voudrais pas répondre avant d'avoir examiné à ce point de vue mes documents personnels. Que chacun de nous consulte les notes qu'il peut avoir sur ce sujet, et nous pourrions ainsi plus utilement reprendre la discussion à la prochaine séance.

M. Alex. RENAULT. — Je constate chez le malade de M. Moty un signe qui me paraît témoigner d'une infection relativement récente : c'est l'existence de ganglions épitrochléens qu'on observe généralement dès les premiers stades de l'infection.

Sur un cas d'hydradénomes éruptifs chez une malade atteinte de lupus érythémateux.

Par MM. HALLOPEAU et GASTOU.

L'un de nous a déjà présenté cette malade à la Société, en 1901, avec M. Villaret et en 1902 avec M. Bouchot : nous ne reviendrons pas sur son lupus érythémateux qui intéresse toujours le cuir chevelu et les extrémités digitales et s'est dernièrement étendu au visage.

Nous désirons uniquement appeler l'attention sur l'éruption d'aspect différent qui occupe chez cette malade la partie antérieure du tronc.

Elle est abondante, surtout sur le devant de la poitrine, au-dessous et entre les seins; on en voit des éléments disséminés plus bas sur le ventre et un petit nombre dans le dos.

Elle est constituée par des élevures dont les dimensions varient entre celles d'un grain de millet et celles d'un grain de chènevis; leur coloration varie du rose très pâle, voisin de la couleur normale, au rouge d'intensité moyenne; elle s'efface presque complètement sous la pression du doigt. Ces élevures résistent au toucher sans présenter une notable dureté; leur forme est hémisphérique; elles sont pour la plupart isolées, mais quelques-unes sont disposées en petits groupes irréguliers; on n'y voit pas de vésicules, elles sont le siège quotidien d'un prurit assez pénible.

Si nous nous reportons à la description antérieure de l'un de nous, nous voyons que cette éruption paraît avoir partiellement rétrogradé; la malade est d'ailleurs très affirmative à cet égard.

L'examen histologique, pratiqué par l'un de nous, a donné les résultats suivants :

Examen histologique. — L'examen a porté sur une saillie papuleuse, biopsiée au-dessous du sein gauche.

Les coupes démontrent l'existence dans la partie centrale de la préparation d'une dizaine d'éléments sphériques dont les uns présentent une cavité centrale, dont les autres sont opaques.

Ces éléments sont superposés les uns aux autres; les plus superficiels directement en rapport avec l'épiderme sont à cavité, les profonds sont pleins.

Chaque élément a à sa périphérie des cellules à noyaux plats allongés, de sorte qu'il paraît entouré d'une série de traits discontinus. Au dedans de la couche des noyaux plats existent des noyaux ovoïdes allongés dont le diamètre s'élargit au fur et à mesure qu'ils s'éloignent de la couche périphérique.

Si on examine un des éléments dont la cavité est le mieux dessinée, on voit que presque toujours il s'est produit dans une partie du pourtour de la cavité une prolifération plus active, un bourgeonnement plus saillant que dans les autres parties.

Il est des cavités qui présentent un bourgeonnement très actif, d'autres ont au contraire des parois régulières formées de plusieurs rangées de ces noyaux ovalaires.

Les cavités sont remplies par un amas légèrement granuleux, opaque, sans structure définie.

Les éléments sans cavités sont formés par une agglomération des mêmes noyaux ovalaires entourés toujours d'une couronne de noyaux plats.

A côté des amas pleins il y a aussi des traînées de cellules à noyaux ovalaires formant des cordons pleins souvent bifurqués.

Toutes les cellules des cavités, des amas ou des cordons ont l'aspect épithélioïde.

Les glandes sudoripares ne sont ni dilatées, ni kystiques, ni infiltrées, mais elles n'ont pas l'aspect normal, on n'y reconnaît plus leur endothélium et leur aspect se rapproche de celui des cordons pleins.

Une particularité digne d'attirer l'attention est la façon dont se comportent les vaisseaux. Quelques-uns d'entre eux, dont par places la lumière est comblée par des globules rouges, présentent une prolifération de leur endothélium de tous points comparable à celui qui existe dans les cavités kystiques déjà décrites. Bien mieux, on aperçoit en certains points le vaisseau s'épanouir, s'élargir et se renfler quelquefois en kyste plein, d'autres fois et plus souvent en amas cellulaire.

Ces constatations ont une importance considérable au point de vue de la pathogénie de l'hydradénome. Elles expliqueraient que l'origine vasculaire des formations pleines ou kystiques ait été soutenue, d'autant que ces formations ont leur paroi externe à noyaux plats périphériques, moyenne à noyaux plus volumineux, et interne à noyaux ovalaires analogues aux parois des vaisseaux.

L'hydradénome serait-il une sorte de néoplasie vasculaire ? Quelle en serait l'origine ? Ici, quoique la malade soit atteinte de lupus, rien dans l'étude des lésions ne démontre l'existence de caractères histologiques propres aux tuberculides ou aux tuberculoses cutanées.

Divers points méritent d'être relevés dans cette observation, ce sont : 1° *la disparition d'une partie des nodules* ; 2° *leur disposition partielle en groupes irréguliers* ; 3° *le prurit dont ils sont le siège*.

En présence de ces faits, on peut se demander si les lésions décrites sous le nom d'HYDRADÉNOME sont bien réellement des tumeurs comme on l'a généralement admis jusqu'ici ; la possibilité de leur régression a déjà été signalée par Kreibig dans son récent traité ; cette évolution rétrograde, non plus que la disposition en groupes ni le prurit, n'appartiennent généralement aux tumeurs : il y a donc des recherches à entreprendre dans cette direction.

Il y a lieu de rechercher, d'autre part, si la coïncidence de ces néoplasies avec les foyers multiples de lupus érythémateux est purement fortuite, ou s'il n'y aurait pas là des manifestations simultanées d'un seul et même agent infectieux, vraisemblablement de nature tuberculeuse ? Nous venons de voir que la structure histologique de ces productions n'est pas en contradiction avec cette hypothèse.

Sur une forme spéciale de prurigo d'origine vésanique (variété nouvelle).

Par MM. HALLOPEAU et ROY.

Les éruptions de prurigo sont d'ordinaire liées à des grattages que provoquent des sensations de prurit dues, soit à des piqures d'insectes, tels que les poux de corps, l'acarus, soit à des poisons organiques, tels que la bile, soit à des altérations de nature indéterminée telles que celles de la maladie de Hebra : chacun de ces prurigos offre dans l'aspect et la localisation de ses éléments des caractères qui lui appartiennent en propre.

L'éruption de la jeune fille que nous avons l'honneur de vous présenter ne rentre dans aucune de ces catégories : elle diffère par la localisation de ses éléments, par leur forme, par leur mode de groupement, des variétés que nous venons d'énumérer ; elle en diffère également, comme nous allons le voir, par sa cause prochaine.

L'observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Joséphine C..., 38 ans, lingère, rentrée le 9 janvier 1903. salle Lugol.

Aucun antécédent morbide, sauf une constipation opiniâtre.

Début. — Au mois de mars 1930, la malade a été prise de sensations de picotements qui persistent encore maintenant et donnent lieu indirectement à l'éruption dont elle est atteinte. Cette éruption est constituée par des myriades de croûtelles noirâtres, du volume moyen de grains de millet, plus petites par conséquent que celles des autres variétés de prurigo, assez souvent un peu allongées sans base papuleuse ; elles sont très abondantes, serrées les unes contre les autres, sans devenir confluent. Elles occupent les régions suivantes :

1° Toute la face antérieure de la poitrine, sauf d'une bande verticale répondant au sternum ; les éléments sont très abondants sur les seins, beaucoup plus disséminés sur les autres parties ;

2° La face antérieure de l'abdomen ;

Les éléments sont très nombreux à la région hypogastrique et sur la hanche, plus espacés au niveau des hypochondres et de la région épigastrique ;

La encore existent une bande verticale et une bande horizontale se croisant un peu au-dessus de l'ombilic, où les lésions sont beaucoup plus clairsemées ;

3° La face antéro-interne des cuisses ;

4° La partie supérieure de la face externe des jambes ;

5° La partie interne de la face dorsale du pied gauche.

Les lésions respectent absolument les bras, le dos, les fesses, la partie postérieure des cuisses et des jambes. Cependant, il existe des lésions au niveau des creux poplités, lésions qui s'étendent sur la face postérieure des cuisses et sur la partie supérieure de la face postérieure des jambes.

On voit en plus un grand nombre de cicatricules qui répondent à des lésions semblables rétrocedées..

Leur mode de production est le suivant : la malade éprouve une sensation de picotement ou de cuisson qu'elle définit mal ; pour la calmer, elle saisit la peau entre les ongles des deux pouces et la pince fortement, exactement comme on le fait pour tuer une puce ; il se produit à ce moment un petit claquement et la malade prétend exprimer ainsi un liquide clair ; il en résulte la formation d'une croûte ; la malade se livre journellement un grand nombre de fois à cette opération, le soir en se couchant et le matin en s'habillant.

Le petit volume des croûtes, leur forme, l'absence de papules, le défaut de traînées de grattage, la localisation presque exclusive de l'éruption à la partie antérieure du tronc et des membres, donnent à cette dermatose **un aspect tout particulier qui la distingue au premier coup d'œil** des autres formes de prurigo.

Nous venons de voir que son mode de production lui appartient également en propre ; ce n'est pas par grattage, mais par un procédé tout spécial de trituration de la peau qu'elle se produit.

Quelles sont les sensations qui en constituent le prétexte ? il est difficile d'en juger d'après le récit de la malade, mais il ne nous paraît pas douteux qu'un élément vésanique n'intervienne aussi bien sans doute dans leur production que dans le moyen d'y porter remède.

Cette forme de prurigo vésanique n'avait pas encore été, à notre connaissance, signalée.

Traitement de l'eczéma par un baume aux principes actifs en combinaison avec le camphre et en dissolution dans l'acétone.

Par M. GRIFFON.

Pendant les quelques mois que j'ai remplacé M. Du Castel à l'hôpital Saint-Louis, j'ai expérimenté sur un grand nombre de cas d'eczéma, de séborrhéide, d'impétigo, d'acné, de sycosis, de prurigo, un baume préparé à ma demande par l'interne en pharmacie du service, M. Duret.

J'avais employé précédemment, dans les cas analogues, le baume de M. Baissade, que M. de Beurmann a présenté à la Société il y a quelques années. Mais j'ai cru qu'il y avait intérêt à se servir pour nos malades d'un baume de formule définie et connue, préparé à l'hôpital même.

Voici la formule de la composition qui nous a donné des résultats tout aussi satisfaisants que le baume Baissade :

Goudron	18
Huile de cade.....	15
Résorcine	2
Menthol.....	5

Gaïacol.....	5
Camphre.....	40
Soufre.....	15
Borate de soude.....	36
Glycérine.....	54
Acétone.....	80
Huile de ricin.....	40
Lanoline.....	100

Ces substances sont associées ou même combinées les unes avec les autres dans un véhicule éminemment favorable, l'acétone, qui les tient en solution et donne au baume une homogénéité complète.

Les principes actifs (goudron, huile de cade, résorcine, menthol, gaïacol, etc.) sont non seulement associés au camphre, mais forment avec cette substance de véritables combinaisons chimiques.

Le soufre employé est préparé spécialement par précipitation d'une solution saturée chaude dans l'essence de térébenthine, puis chauffé dans un récipient clos entre 125° et 130° avec le mélange de goudron, huile de cade, huile de ricin, lanoline.

Enfin le véhicule, l'acétone, également miscible à l'eau et aux corps gras, joint à ses propriétés dissolvantes la qualité de ne pas être irritant et d'exercer au contraire une action locale sédative.

J'ajoute que le baume de M. Duret a été expérimenté, dans ces derniers temps, par la plupart des chefs de service de l'hôpital Saint-Louis, qui se sont montrés très contents des résultats qu'ils ont obtenus.

M. HALLOPEAU. — J'ai en effet essayé maintes fois dans mon service le baume de M. Duret, chez des enfants comme chez des adultes, et je suis heureux de me déclarer très satisfait des résultats que j'en ai obtenus.

M. BALZER. — Je m'associe à mon collègue M. Hallopeau pour dire tout le bien que je pense du baume dont il vient d'être question.

Un cas d'intoxication par le dermatol.

Par M. ALEX. RENAULT.

Si l'iodoforme est assez souvent l'auteur de méfaits cutanés, je ne sache pas que son succédané, le dermatol ou sous-gallate de bismuth, soit passible de la même accusation. Voici cependant un fait qui ne laisse, à mon sens, aucun doute à cet égard.

Je regrette seulement que sous l'influence du temps et de la cure, régime lacté, bain d'amidon, les lésions tant cutanées que muqueuses, dont était atteint le malade, aient en majeure partie disparu.

Vous constaterez néanmoins encore aujourd'hui, au niveau du tronc, du scrotum et de la région supéro-interne de chaque cuisse, un érythème, cons-

titué, sur le thorax et l'abdomen, par des taches légèrement rougeâtres, rapprochées les unes des autres, tandis qu'en haut des cuisses l'éruption est beaucoup plus confluyente et prend le caractère franchement purpurique. Il est facile de s'assurer en effet que la plupart les éléments, qui la composent, ne disparaissent pas sous la pression du doigt.

Jetez maintenant un regard sur le bord muqueux des lèvres, vous les trouverez un peu rouges et tuméfiées.

Mais, voici dans quel état le malade s'est présenté à nous le 31 décembre dernier, jour de son admission : Sur le tronc, l'éruption était beaucoup plus abondante, composée de taches rouges, disparaissant à peu près complètement sous le doigt, tandis que, dans l'entre-cuisse, elle formait de chaque côté une nappe étendue, franchement purpurique. En outre le scrotum était rouge et tuméfié dans l'ensemble.

Le point maximum des lésions siégeait aux lèvres et dans l'intérieur de la cavité buccale. Il n'en existe plus aujourd'hui que des vestiges.

En revanche, à l'entrée du malade, on apercevait, avec la plus grande netteté, sur la face muqueuse des lèvres et en divers points de la bouche, des érosions lenticulaires, recouvertes d'une pseudo-membrane blanchâtre, qui n'était autre que l'épithélium, détaché des parties sous-jacentes. Bref l'aspect morphologique était exactement celui de la stomatite épithéliale.

Ajoutez à cela une grande sensibilité de la région buccale, rendant l'alimentation très difficile, et vous aurez un tableau exact de la maladie.

Voici ce qui s'était passé :

Trois jours avant son admission à l'hôpital, le malade était allé demander conseil à un pharmacien pour une ulcération du limbe préputial, ulcération qui n'était autre qu'un chancre syphilitique. Le pharmacien lui remit une boîte de poudre de dermatol, en lui recommandant d'en recouvrir la plaie.

Après deux applications, l'une le matin, l'autre le soir, le malade se réveillait le lendemain avec la bouche douloureuse, parsemée de plaques blanchâtres, l'éruption que nous venons de décrire et des démangeaisons, d'ailleurs modérément vives.

Or, nous avons procédé à l'interrogatoire le plus minutieux et nous n'avons pu découvrir aucune cause autre que le dermatol.

Le patient ne prenait pas de drogue à l'intérieur, et, dans les jours précédents, son alimentation avait été des plus simples. Rien de ce qui peut déterminer une intoxication alimentaire n'avait été ingéré : ni charcuterie, ni poissons, ni conserves, ni viandes avancées. En définitive, le dermatol restait seul à incriminer.

Nous avons recherché dans la littérature dermatologique de ces quinze dernières années, s'il existait d'autres exemples d'intoxication, causée par cet agent. Nos investigations n'ont abouti qu'à la découverte d'une seule observation, due à Weismueller, consignée à la page 1201 de *Berliner Klin. Wochenschrift* pour l'année 1891, et traduite par M. Doyon.

Il s'agissait d'une femme, atteinte depuis plusieurs années d'un ulcère du pied gauche.

Weismueller prescrivit 15 grammes de dermatol, dont il saupoudra la surface ulcérée.

Trois jours après, il trouva la malade au lit, la plaie étant devenue très sensible; de plus : température à 39°, céphalalgie, lassitude dans tous les membres, inappétence, enfin éruption généralisée avec prurit et sensation de brûlure. Au niveau du pied, bulles remplies de sérosité et dont la dimension variait de celle d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes. La cessation du dermatol fut suivie de la disparition de tous les phénomènes.

A moins d'erreur ou d'omission, notre observation est donc la seconde, et, à ce titre, elle méritait de vous être rapportée.

M. LAFAY. — On sait que les sels de bismuth, inoffensifs, quand ils sont pris même à haute dose par le tube digestif, sont toxiques s'ils sont appliqués localement sur des plaies, parce que dans ces conditions le bismuth peut être résorbé. La toxicité du dermatol pourrait s'expliquer ainsi. Mais une question préalable doit être élucidée : la poudre qu'on vient de nous montrer n'a pas l'aspect habituel du dermatol, et il faudrait avant tout s'assurer de la nature exacte de ce produit.

Engelures gangreneuses héréditaires.

Par M. DUBREUILH.

M^{me} G. L..., âgée de 35 ans environ, a 5 enfants vivants et bien portants dont 2 ont été atteints d'engelures gangreneuses en même temps qu'elle.

C'est une femme grande, obèse et molle, de caractère placide et indolent. Elle a tous les ans des engelures aux pieds, mais jamais aux mains.

Une seule fois, il y a quelques années, elle a eu aux doigts une attaque d'engelures gangreneuses tout à fait semblable à l'attaque actuelle; c'était à un moment où sa santé avait été fortement ébranlée par la mort de son père et par un avortement à 5 mois. Une des lésions, siégeant à la face dorsale de la deuxième phalange du médius droit, a laissé une cicatrice adhérente à l'os et au tendon extenseur, de sorte que la dernière phalange reste en extension forcée. Elle n'a jamais eu d'asphyxie locale des extrémités. M^{me} L... raconte que son grand-père paternel avait eu à plusieurs reprises des engelures gangreneuses semblables et que plusieurs de ses doigts en avaient gardé des déformations analogues.

La fin d'octobre de cette année a été marquée par des froids assez vifs; à cette époque et pendant qu'ils étaient à la campagne, M^{me} L... et deux de ses enfants ont été pris d'engelures des doigts auxquelles on n'a pas fait grande attention au début. Du reste les douleurs étaient modérées et il y avait surtout une sensation d'onglée.

C'est le 5 novembre que je suis appelé à les voir la première fois. M^{me} L... a les doigts froids, gonflés, un peu violacés et engourdis. Sur presque chaque doigt on trouve une plaque livide, occupant la face dorsale de la deuxième

phalange et débordant plus ou moins sur l'une ou l'autre des phalanges voisines. Les pouces sont indemnes ainsi que les extrémités des doigts, pulpes et phalanges unguéales. Ces taches sont ovalaires, bien limitées, d'une teinte plombée noirâtre, livide avec des marbrures grisâtres, elles n'ont ni relief ni induration, elles sont froides et presque insensibles. Sur quelques-unes de ces taches l'épiderme est décollé par une faible quantité de liquide formant une bulle flasque.

Chez Agathe L..., âgée de 4 ans, la plupart des doigts sont atteints à des degrés divers. Les doigts sont gonflés par l'œdème. Sur la face dorsale ou latérale de la première ou seconde phalange de presque chaque doigt se trouve une plaque livide de 2 ou 3 centimètres dans son plus grand diamètre, à contours un peu dégradés, sans saillie ni infiltration appréciable. Sur ces plaques livides, l'épiderme est décollé et plissé ; sur quelques-unes le centre est occupé par une tache noire d'aspect gangreneux autour de laquelle l'épiderme est soulevé en une bulle annulaire flasque.

La dernière phalange de chaque doigt est indemne.

Charles L..., âgé de 2 ans, présente des lésions semblables, mais en deux points, sur la première phalange du pouce droit et sur la deuxième phalange de l'index droit, la plaque livide est franchement et profondément gangreneuse. Sur le pouce est une plaque noire, ovale de 15 millimètres sur 10, déprimée, entourée d'une zone livide dont l'épiderme est décollé, adhérente aux parties profondes ; tous les doigts et notamment le pouce sont œdématiés et doublés de volume, ils sont et ont surtout été très douloureux spontanément. L'index est gonflé surtout à sa racine et a pris une forme en radis, la plaque gangreneuse qu'il porte n'est pas moins grande, mais paraît un peu moins profonde.

Chez les deux enfants, les doigts ont été le siège de douleurs spontanées très violentes, mais la palpation ne paraît pas très douloureuse. Les plaques gangreneuses n'ont aucune odeur. Les petits malades sont pâles et fatigués, leur état général est évidemment altéré. Il est à remarquer qu'aucun d'entre eux n'avait jamais eu d'engelures.

9 novembre 1905. — M^{me} L... ne présente aucun changement, les doigts sont toujours tuméfiés et engourdis, avec des paroxysmes douloureux sous l'influence du froid.

Chez Agathe, les eschares sont délimitées ; elles entament profondément le derme, mais sont mobilisables avec lui.

Chez Charles, l'eschare de l'index est tombée, laissant une plaie de 2 centimètres de large, dont les bords, taillés à pic, occupent toute l'épaisseur du derme. Le fond est blanchâtre, pâle, lisse, formé par l'aponévrose. L'eschare du pouce est encore en place, elle est adhérente aux plans profonds et paraît intéresser le tendon extenseur du pouce ; son sillon d'élimination traverse toute l'épaisseur du derme.

15 novembre. — Chez la mère, il n'y a que peu de changement. Chez Agathe, les eschares sont détachées, laissant des plaies pâles et torpides, les doigts sont moins gonflés. Chez Charles, l'eschare du pouce est détachée, le fond de la plaie est blanchâtre, pâle, il est immobile et ne suit pas les mouvements imprimés à la peau ; on distingue très nettement au fond le tendon extenseur du pouce totalement dénudé et qui commence à fournir quelques

bourgeons pâles. L'état général des enfants s'est beaucoup amélioré, mais les plaies restent torpides, elles sont indolentes spontanément et à la palpation, mais ne présentent aucune tendance à la cicatrisation.

20 novembre. — L'aspect des plaies des enfants a complètement changé, elles ont un aspect plus vivant et commencent à se cicatriser. Cette modification a coïncidé avec un changement dans le pansement. On a remplacé l'acide borique par le bicarbonate de soude dans le pansement humide. Chez M^{me} L..., il y a peu de modifications, pas de sillon d'élimination ; les bulles se sont rompues, laissant voir une surface noirâtre.

28 novembre. — Les plaies d'Agathe sont complètement guéries. Les cicatrices sont planes, lisses et parfaitement mobiles sur les plans profonds. Chez Charles, les plaies bourgeonnent abondamment, les bourgeons sont un peu pâles ; les plaies ont diminué d'étendue. On ne peut pas se rendre compte de l'état de mobilité des tendons. Chez la mère, les plaques livides commencent à s'exfolier et l'on y distingue quelques eschares plus profondes qui s'éliminent par suppuration, mais ici encore la réaction est faible.

30 décembre. — Chez les deux enfants, les plaies sont complètement guéries. Chez Agathe, les cicatrices sont très superficielles, planes, lisses, mobiles, beaucoup plus superficielles qu'on ne l'eût cru en voyant l'eschare. Chez Charles, la cicatrisation n'est complète que depuis quelques jours. La cicatrice de l'index est déprimée, mais n'adhère pas au tendon. Celle du pouce est fortement déprimée et adhérente aux parties profondes. Les mouvements de l'articulation interphalangienne du pouce sont un peu gênés. Depuis quelques jours sont apparus sur les doigts de la main gauche plusieurs nouvelles engelures sous forme de taches livides, plombées, planes ; les doigts sont un peu gonflés, mais ne sont pas douloureux. Ces engelures ne paraissent pas appelées à avoir la gravité des autres.

Chez M^{me} L..., les engelures sont à peine guéries ; l'une d'elles est encore un peu ulcérée, les autres sont guéries, laissant une cicatrice lisse.

Sarcome du sein chez une femme kabyle.

Par M. LEGRAIN,

Les indigènes algériens, comme je l'ai dit depuis longtemps, présentent peu de tumeurs malignes. En Kabylie, l'épithélioma est absolument exceptionnel. Les seules tumeurs que l'on rencontre avec une certaine fréquence sont les lipomes, les fibromes, puis viennent les sarcomes.

La presque totalité des sarcomes observés sont des sarcomes cutanés localisés. Ces sarcomes, qu'ils soient à cellules rondes ou à cellules fusiformes, n'ont pas de tendance à la généralisation. Ils marchent et se propagent de proche en proche, sans donner lieu pendant de longues années à des tumeurs secondaires viscérales ou éloignées du siège primitif de la tumeur. Ces tumeurs de la peau sont compatibles avec un bon état général pendant longtemps, à moins qu'il ne survienne des phénomènes de septicémie (pyocyanique par exemple) consécutivement à l'ulcération de la tumeur.

Les sarcomes cutanés à cellules fusiformes présentent parfois un aspect spécial assez curieux. Ces tumeurs sont constituées par une production cylindrique que les Kabyles comparent à une verge énorme, et les légendes ne manquent pas, pour expliquer leur formation.

Observation. — La photographie que je présente à l'appui de cette observation montre une tumeur développée sur la peau du sein droit d'une femme kabyle de 35 ans environ. Cette tumeur est constituée par un véritable cylindre, assez régulier, ayant une hauteur de 17 centimètres et une circonférence de 20 centimètres. Elle est implantée sur le sein droit, à 5 centimètres au-dessus et un peu en dehors du mamelon. La tumeur est recouverte d'une peau saine en apparence et ayant sa coloration normale ; seule l'extrémité de la tumeur est exulcérée. En dehors de la base d'implantation, la palpation ne montre rien d'anormal. La tumeur elle-même est dure et montre à sa partie médiane une sorte de sillon circulaire d'ailleurs superficiel. Pas d'adénopathie, état général satisfaisant. La tumeur, qui a commencé à se développer depuis un an environ, a débuté au niveau d'une petite exulcération due au frottement d'une corde retenant la cruche que la malade va régulièrement remplir à la fontaine.

La malade demande à être débarrassée de sa tumeur. J'enlève le sein tout entier.

La malade retourne chez elle le jour même, et des nouvelles que j'en ai reçues m'apprennent qu'au bout d'un an la récidue n'était pas encore survenue.

Le sein était absolument normal, en dehors de la base d'implantation de la tumeur qui n'intéressait que la peau.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par le professeur Aschorr, de Marbourg : sarcome à cellules fusiformes.

Quelques cas de phtiriasis anormaux.

Par M. BRAULT.

OBSERVATION I. — L'an dernier au mois de septembre, nous avons observé de la phtiriasis des cils chez un mécanicien âgé de 27 ans. Cet homme avait eu précédemment des poux du pubis, mais n'en avait plus lorsqu'il s'est présenté à notre examen, il avait su s'en débarrasser par le traitement classique ; seuls les habitants des cils avaient persisté et le malade venait nous trouver, croyant avoir tout autre chose.

Les parasites furent enlevés à la pince à épiler et les cils enduits de pommade à l'oxyde jaune de mercure ; guérison rapide.

OBSERVATION II. — Cette année même, nous avons pu recueillir un cas où l'infestation s'étendait non seulement aux cils, mais encore au cuir chevelu.

Il ne s'agissait pas d'un enfant, mais bien d'un jeune homme de 18 ans.

Au surplus, voici l'observation prise par mon interne M. Lombard :

T. S..., israélite, le 23 juillet 1903, ressent pour la première fois de vives démangeaisons dans la région pubienne et y constate la présence de nombreux morpions.

Le lendemain, le prurit apparaît dans les régions axillaires, où les parasites pullulent également.

Le surlendemain, le malade entre à l'hôpital ; il dit avoir contracté sa phthiriasse sur le paquebot.

L'examen permet de découvrir de nouvelles localisations parasitaires jusque-là passées inaperçues, les unes *dans les cils*, les autres *dans le cuir chevelu*.

A ce niveau, les parasites occupent trois zones nettement isolées les unes des autres et vers lesquelles l'attention est attirée par la coloration brune qu'elles présentent.

L'une de ces zones siège à la partie antérieure du cuir chevelu, au-dessus du front ; une autre occupe la région rétro-auriculaire et la troisième, enfin, se tient à la nuque.

Les caractères objectifs de ces trois localisations sont à peu près identiques.

Chacune d'elles représente une traînée brun grisâtre, fort peu large, mais longue en revanche de plusieurs centimètres et formée par la réunion de très petites taches brunes.

Formant en quelque sorte bordure, elles n'occupent cependant pas l'extrême limite des cheveux, séparées qu'elles sont des parties glabres (front, etc.) par une étroite bande de cheveux où on ne découvre rien.

Au niveau des zones décrites, les lentes et les parasites (*phthirus pubis*) sont très nombreux, tantôt petits, tantôt énormes.

En dehors de ces diverses colonies, on ne découvre plus rien sur le cuir chevelu.

Le malade, qui porte les cheveux courts et dit être soigneux, est tout étonné quand on lui montre les parasites, qui ne lui occasionnent d'ailleurs aucun prurit.

Sur la région de la nuque, on remarque plusieurs taches ombrées.

Traitement : Lotions de sublimé acétique au cuir chevelu, pubis et aisselles ; les parasites sont cueillis à la pince dans la région ciliaire, pom-made à l'oxyde jaune ; guérison et sortie au bout de quelques jours.

OBSERVATION III. — Reste la troisième observation ; ici, il ne s'agit plus de phthiriasse à proprement parler, mais de pédiculose, ou plutôt de ses séquelles.

Chaya Anoui ben Chaya, 48 ans, journalier, né à Bou-Saada, entre le 14 janvier 1904 dans notre service pour pédiculose et lésions de grattage. Il est en outre porteur d'une mélanodermie qui va seule retenir notre attention.

Antécédents héréditaires vagues ; le malade est entré plusieurs fois à l'hôpital pour pédiculose et maladies vénériennes : chancrelles, blennorrhagie ; quoique indigène, notre sujet est un alcoolique renforcé.

La pigmentation prédomine à la nuque, sur les épaules, à la ceinture, aux lombes, mais le reste du corps et les membres ne sont pas indemnes, la partie, moyenne des ongles des doigts et des orteils est elle-même assez fortement teintée. Les parties découvertes sont de beaucoup les moins pigmentées, le cuir chevelu en particulier a gardé sa coloration normale,

La pigmentation morbide que nous signalons n'est pas à proprement parler en nappe, elle est bien plutôt constituée par un piqueté ardoisé très serré et même confluent en maintes places, surtout à la base du cou et à la ceinture (1).

Mais ce qui est plus étrange pour une mélanodermie très vraisemblablement d'origine parasitaire, c'est le coloris des muqueuses : les lèvres, les gencives, la face interne des joues, le palais et les piliers sont par places très largement pigmentés.

Le malade accuse des douleurs dans les jambes et les bras, il se plaint aussi de fourmillements et démangeaisons un peu partout.

Les urines ne présentent ni sucre, ni albumine.

Chaya ben Chaya ne nous offre aucun des grands ou des petits signes de la maladie d'Addison, il n'y a pas d'asthénie, on observe plutôt chez lui une sorte de démarche spasmodique.

On ne peut penser, ni aux dyschromies mécaniques ou toxiques, ni à une mélanodermie syphilitique, ni au diabète bronzé, ni à la teinte patate des paludiques et des dysentériques chroniques, ni enfin à la mélanodermie tuberculeuse ; aucun signe ne pourrait venir corroborer de semblables hypothèses.

Après plusieurs entrées à l'hôpital, le malade, de plus en plus cachectique et de plus en plus alcoolisé, vient une dernière fois et succombe le 9 mars 1905.

AUTOPSIE. — Nous ne noterons que les choses importantes.

Poumons : tubercules guéris, calcifiés aux deux sommets.

Rate : normale, un peu scléreuse, 170 grammes.

Foie : lobe carré atrophie et noirâtre.

Reins : capsules un peu adhérentes, flots blancs à la surface, cicatrices et petits kystes, la substance corticale est blanche et légèrement atrophique.

Capsules surrénales : Apparence normale, se laissent facilement décapsuler.

Rien par ailleurs, sauf une eschare et de l'intertrigo aux plis génito-cruraux.

Je n'assistai pas à l'autopsie et, malgré mes recommandations, on n'a pas fait d'inoculations au cobaye avec les capsules ; nous n'avons eu que le recours de pratiquer l'examen microscopique.

Voici l'analyse faite par notre confrère, le docteur J. Tanton.

Les seules lésions microscopiques que l'on trouve dans les capsules surrénales sont :

1° Une congestion marquée de la zone sous-capsulaire immédiatement au-dessous de la capsule fibreuse ; les vaisseaux sont gorgés de sang et on voit de nombreux lacs sanguins sans paroi propre.

2° La zone glomérulaire est aussi fortement congestionnée, et en certains

(1) Le malade est, par endroits, porteur de tatouages ; ces tatouages sont devenus flous par suite de la pigmentation produite par les parasites.

points les glomérules sont en quelque sorte complètement entourés et séparés des voisins par des capillaires sanguins dilatés; en ces points, la congestion sanguine se continue dans la zone fasciculée et dans la zone réticulaire.

La congestion s'arrête toutefois dans la zone médullaire et dans cette zone on ne trouve qu'un peu d'exagération du tissu conjonctif sous forme d'épais trousseaux fibreux, les cellules fixes sont également plus considérables qu'à la normale.

Il ne peut être question, du moins d'après l'examen histologique, de tuberculose des capsules.

Les coupes de la peau montrent que la couche de Malpighi est hypertrophique et constellée de granulations pigmentaires; dans la couche superficielle du derme on trouve également des infiltrats cellulaires chargés de pigment.

En conséquence, nous ne pouvons que rapporter à la pédiculose, la mélanodermie constatée chez notre sujet, et nous estimons que cette observation peut prendre place à côté de celles de Greenhow, de Besnier, de Thibierge, de Danlos qui ont observé aussi des taches sombres sur les muqueuses d'individus atteints de mélanodermies consécutives à la pédiculose.

Tuberculides papulo-nécrotiques étendues, avec déformations digitales très accentuées.

Par M. J. BRAULT.

S. S..., Agé de 14 ans, lors de sa première entrée, est venu à quatre reprises différentes dans notre service (1) (1902-1905), toujours pour la même affection.

Cet adolescent présente des tuberculides papulo-nécrotiques des deux membres supérieurs; il nous offre, en outre, des déformations très accentuées des doigts.

Les renseignements fournis par le malade sont assez imprécis; il a perdu son père, mais il ne sait pas de quelle maladie: sa mère aveugle a été recueillie dans un asile. Comme antécédents personnels, on relève les faits suivants: au dire de S..., à la suite d'une rougeole, il lui serait survenu des abcès ganglionnaires au cou, à l'aîne, à l'aisselle et à la région épitrochléenne, tout cela du côté gauche; les abcès furent incisés, on en retrouve d'ailleurs les traces. A cette même époque (2), des panaris apparurent et dès lors on vit survenir les phénomènes qu'il présente encore aujourd'hui.

La peau des avant-bras et d'une partie des bras est blanche et cicatricielle, elle est en outre considérablement épaissie, et il y a là, à n'en pas douter, un certain degré d'hypertrophie pseudo-éléphantiaque.

Sur ces nappes blanchâtres, on voit, surtout à droite, un véritable semis de papules, plus ou moins grosses, tantôt disséminées, tantôt quelque peu conglomérées en petites inflorescences.

(1) Salle Hardy, hôpital de Mustapha, Alger.

(2) Il y a plusieurs années; le malade, peu intelligent, ne peut préciser.

Ces papules, qui donnent, quand on les presse, la sensation de grains enchassés dans la peau, ont des dimensions qui varient du volume d'une tête d'épingle à un pois.

Plus ou moins aréolées, leur coloris est variable, et va du rouge terne à la teinte violâtre.

L'évolution de la lésion est la suivante : le centre de la papule, au bout d'un certain temps, devient comme translucide et prend un peu l'aspect d'un grain de tapioca cuit, la petite éminence crève, une squame-croûte s'établit, puis la scène se termine par une cicatrice d'abord rougeâtre, puis blanche et déprimée.

A droite, le médius et l'annulaire ont leurs phalangettes fléchies et bridées; sur l'annulaire, on voit encore des ulcérations dont la cicatrisation est extrêmement lente.

A gauche, la dernière phalange du médius présente des brides cicatricielles et se trouve fléchie à angle droit sur la deuxième.

A tous ces doigts déformés, les ongles sont dystrophiques.

Le jeune homme en question ne présente aucune trace de syphilis héréditaire ou acquise.

En raison de son origine espagnole et des déformations des doigts, il avait été soupçonné de lèpre; rien ne peut corroborer cette hypothèse toute gratuite; il n'y a pas d'antécédents nets; en outre, on ne trouve aucun autre stigmate de la maladie, la sensibilité est indemne et l'examen du mucus nasal, répété à plusieurs reprises, a toujours été absolument négatif, de même que l'étude du pus et des coupes.

Nous avons fait plusieurs biopsies, des fragments de peau contenant des papules, du pus provenant des ulcérations des doigts, ont été tour à tour et à maintes reprises inoculés à des cobayes, sans que ceux-ci aient présenté la moindre trace d'infection tuberculeuse.

Le malade, d'ailleurs présente bien le facies strumeux, mais actuellement chez lui on chercherait en vain des lésions tuberculeuses appréciables, en train d'évoluer; l'auscultation, notamment, ne révèle absolument rien.

Au microscope, l'étude des coupes nous a donné les résultats suivants :

Du côté de l'épiderme, par places, la couche de Malpighi semble diminuer de hauteur, la couche cornée hyperkératinisée est au contraire notablement épaissie.

Dans le derme, on voit, principalement autour des vaisseaux dont la lumière semble plus ou moins oblitérée, de vastes amas de cellules fixes et lymphatiques; dans quelques points, mais très rarement, nous avons surpris des petits amas de cellules épithélioïdes; nulle part, nous n'avons vu de cellules géantes, ou de bacilles.

Le traitement a été le suivant : pour les lésions ouvertes, pansements, applications d'emplâtres de Vidal (1), attouchements au galvano-cautère; à l'intérieur, l'huile de foie de morue ayant été refusée : sirop d'iodure de fer, arrhénal, glycéro-phosphates.

(1) Nous nous sommes également servi de l'emplâtre à l'acide salicylique.

Deux cas de gangrène de la fesse consécutive à une injection mercurielle.

Par M. PIERRE NIKOLSKY.

La gangrène consécutive à une injection mercurielle est une lésion très grave et très rare. Dans la littérature je n'en ai trouvé que six cas (Lesser 2, Brocq, Pflüger, Klotz, Glavtche) (1). Sa cause est encore controversée. Même les symptômes cliniques de la maladie ne sont pas encore étudiés complètement.

C'est pourquoi je veux présenter à mes collègues la description de deux cas de gangrène que j'ai observés dans ma pratique.

OBSERVATION I. — Le malade, âgé de 35 ans, officier, est atteint de syphilis depuis un an.

Il a déjà reçu pendant deux séries du traitement 57 injections sous-cutanées de la solution à 1 p. 100 de benzoate de mercure à la dose de 2 centimètres cubes, par injection, dans les régions fessières.

Au mois de septembre 1898, il a commencé la troisième série du traitement mercuriel. Jusqu'au 7 octobre il a reçu 22 injections.

Le 7 octobre, je lui ai fait la 23^e dans la fesse gauche, sur la ligne qui unit le grand trochanter à l'angle supérieur du pli interfessier, un peu plus près du trochanter. Après l'extraction de l'aiguille je n'ai remarqué que quelques gouttes de sang, phénomène qu'on observe souvent après l'injection.

A l'instant même le malade commença à se plaindre de douleurs très vives à la fesse et en partie à la face postérieure de la cuisse gauche.

9 octobre, le 3^e jour de la maladie. — Les douleurs sont très intenses. Elles ne se calment que dans le bain chaud. Le malade n'a pas eu de sommeil pendant deux nuits. La fesse gauche, au-dessous de l'endroit de l'injection jusqu'au pli qui sépare la fesse de la cuisse, est gonflée, indurée, très sensible au toucher et couverte de taches rouge violacé, tantôt confluentes, tantôt isolées. Mais l'endroit même de l'injection est tout à fait normal.

Pendant ces trois jours, les douleurs étaient très vives et le malade en souffrait jusqu'aux larmes. Le 4^e jour elles commencèrent à diminuer et le malade a pu dormir 1-2 heures pendant la nuit.

Le 7^e jour. — Au milieu des taches rouges on peut remarquer un endroit, large de 4 à 5 centimètres, où la sensibilité est plus vive et la couleur plus foncée.

Le 8^e jour. — Près de cet endroit on peut constater de petites bulles.

Le 10^e jour. — La couleur de toutes les parties atteintes est devenue d'un rouge clair, excepté à l'endroit plus sensible mentionné plus haut.

Le 12^e jour. — Cet endroit est couvert d'une croûte noirâtre. Les douleurs sont moins vives. Le sommeil est presque normal.

Le 18^e jour. — La croûte se détache sur quelques points.

(1) LESSER. Regarder Pflüger. — Brocq. *Annales de derm. et de syph.*, 1901, p. 347. — PFLÜGER. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1902, Bd t. X, p. 425. — KLOTZ. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1903, Bd t. XIV, p. 265. — GLAVTCHÉ. *Le journal russe des maladies de la peau et vénériennes*, 1903, t. V, p. 277.

Le 23^e jour. — Toute la croûte se détache et tombe en laissant une ulcération large et profonde, rouge, un peu granuleuse, avec un exsudat séreux.

Le 27^e jour. — L'ulcération commence à se cicatriser et en 3 semaines elle s'est cicatrisée complètement.

Obs. II. — La malade, âgée de 24 ans, servante, est atteinte de syphilis depuis 7 mois. Elle a reçu à la consultation 7 injections de benzoate de mercure à 1 p. 100 et 14 injections d'oxyde jaune de mercure à 3 p. 100. Le dernier traitement a été commencé le 30 décembre 1903. La 4^e injection de bioxyde jaune de mercure a été faite le 27 janvier 1904, à l'aide de la seringue de Pravaz, dans la région fessière droite à l'union du tiers externe et moyen de la ligne qui joint le grand trochanter à l'angle supérieur du pli interfessier. Après l'extraction de l'aiguille, il n'y a pas eu d'hémorrhagie visible.

Immédiatement après l'injection, la malade commença à éprouver des douleurs très vives à la fesse droite et à l'extrémité droite inférieure. L'examen de la région faite quelques minutes après l'injection, montre une rougeur violacée en plaques irrégulières à l'endroit de l'injection et au-dessous de celui-ci, de l'œdème et une vive sensibilité au toucher de la fesse droite, du membre inférieur droit et du nerf poplité. — La malade refusa de rester à la clinique.

Le soir du 29 janvier, elle fut reçue dans ma clinique dermatologique. L'exploration faite le matin du 30 janvier (le 3^e jour de la maladie) donna les renseignements suivants :

La malade est assez robuste. Tous les organes sont normaux, excepté les ganglions lymphatiques, qui sont augmentés.

Toutes les trois nuits qui suivent l'injection, elle n'a pu dormir par suite des douleurs très intenses qu'elle ressentait à la fesse et au membre inférieur droit. Les bains chauds ne lui donnaient qu'un soulagement momentané.

La fesse droite est très augmentée de volume, enflammée et œdémateuse. Dans la profondeur des tissus on peut constater de l'induration. Sur la peau de la fesse, les plaques rouge violacé et blanches sont confluentes et s'étendent de l'endroit de l'injection en dedans, en bas et en dehors, en forme de demi-cercle, à concavité tournée en dehors.

La largeur de cette zone colorée est de 2 à 3 et 3,5 centimètres. La partie moyenne de cette zone, qui est blanchâtre grâce à l'anémie, est couverte d'hémorrhagies ponctuées rouge sombre, dont la couleur reste invariable sous la pression du doigt.

Toute la peau atteinte (taches rouges et taches blanchâtres) est froide, tout à fait insensible au toucher, à la température et aux piqures. Le thermomètre montre, que sa température est plus basse de 4° C. que celle des parties voisines de la peau saine. La sensibilité de celles-ci est élevée. Le nerf sciatique est un peu sensible à la pression. La température centrale était le soir de 38°,5 C. On prescrit des bains chauds de longue durée et des cataplasmes sur la fesse.

Le cours de la maladie fut le suivant :

Le 4^e jour les douleurs à la fesse étaient encore intenses, mais pas trop, et la malade pouvait un peu dormir. Ces douleurs s'apaisèrent graduellement et disparurent vers le 29^e jour. Celles qui siégeaient à l'extrémité inférieure

étaient dès le début moins pénibles, et disparurent rapidement vers le 7^e jour.

Le *volume* de la fesse commença à diminuer le 3^e jour; et vers le 13^e jour il devint presque normal, mais l'*infiltration* profonde des tissus persista longtemps et disparut vers le 66^e jour, sauf un point où la résorption complète de l'infiltrat ne fut constatée que le 82^e jour.

Les *taches* rouge violacé ainsi que les taches blanchâtres anémiées commencèrent le 4^e jour à devenir plus claires et le 9^e jour elles étaient nettement d'un rouge clair.

Le 7^e jour les parties atteintes de la peau furent couvertes de petites *bulles*. Le 9^e jour, il s'y ajouta la macération de l'épiderme, et à l'extrémité externe du demi-cercle parut une *ulcération* superficielle. Le 10^e jour, une ulcération analogue, mais plus large, se développa à l'endroit même de l'injection; la macération de l'épiderme s'étendit progressivement. Vers le 11^e jour, les ulcérations s'agrandirent et se couvrirent de *croûtes noirâtres*.

Après quelques jours les croûtes se détachèrent, mettant à nu le fond noirâtre des ulcères, lequel se couvrait rapidement de nouvelles croûtes. Vers le 33^e jour, presque toute la partie atteinte, où se trouvaient les taches rouges et anémiées présentait une ulcération très large, de 4 à 5 centimètres de profondeur.

La *cicatrisation* de l'ulcère ne commença que le 50^e jour et la guérison complète n'eut lieu que le 82^e jour, quand la malade quitta la clinique. A ce moment, la sensibilité de la peau atteinte se rétablit complètement.

La température du corps ne fut élevée que les 7 premiers jours.

Au commencement de la maladie le *traitement* consista en bains chauds, application de cataplasmes, administration de codéine. Après quelque temps les cataplasmes furent remplacés par des compresses chaudes imbibées d'une solution de soude. Sur les ulcères, on appliqua de l'iodoforme. Chaque jour on pratiquait la galvanisation de la fesse.

L'analyse des six cas d'eschare que j'ai trouvés dans la littérature médicale et de mes deux observations ci-dessus mentionnées, nous donne le tableau suivant de la maladie.

Les symptômes les plus caractéristiques, qui paraissent *immédiatement* après l'injection, sont :

1. La *douleur* à la fesse très vive, insupportable, constante. Elle se prolonge trois jours, de sorte que le malade ne peut s'endormir une seule minute.

2. L'*augmentation de volume de la fesse*, toujours considérable; parfois presque doublé. La fesse est dure, la peau est tendue.

3. La *rougeur* violacée de la fesse, sous forme de taches irrégulières, confluentes ou isolées. Le troisième jour, au milieu de celles-ci on peut voir des taches blanchâtres, anémiées.

Les symptômes sont si prononcés qu'ils donnent la possibilité de différencier la maladie presque tout de suite après son apparition.

Les autres symptômes sont peu caractéristiques; ce sont : l'hémorrhagie, qu'on observe dans quelques cas après l'extraction de l'aiguille,

tantôt sous forme de quelques gouttes de sang, tantôt assez abondante, et la sensibilité du nerf sciatique.

La marche de la maladie est en général la suivante :

Les trois premiers jours, le malade accuse des douleurs insupportables, qui ne lui donnent pas une seule minute de repos ni jour, ni nuit. La température du corps s'élève jusqu'à 38°,5 à 39°. — La rougeur de la fesse disparaît par places sous la pression du doigt, tandis qu'en d'autres points elle reste sans changement. Ceux-ci ont une couleur plus sombre et sont plus durs au toucher. Il est très probable qu'il y a eu là une hémorragie dans la profondeur des tissus. Au milieu des plaques rouges, on peut voir des plaques blanchâtres, anémiées, couvertes par les hémorragies capillaires ponctuées de couleur rouge sombre. Toutes les parties envahies perdent la sensibilité, comme je l'ai observé chez une malade. Ces symptômes sont précurseurs de la gangrène.

Trois jours après, le volume de la fesse diminue, les douleurs s'atténuent et le malade peut s'endormir pendant quelques heures. La fièvre diminue et disparaît le septième ou huitième jour.

Cependant, les altérations locales vont plus loin. Aux symptômes décrits plus hauts, s'ajoutent *les croûtes noirâtres, les bulles, les écorchures et les ulcérations*.

Les *croûtes noirâtres* se forment, à partir des septième, huitième et neuvième jours, sur les endroits qui sont le plus durs et de plus sombre couleur. Ces croûtes sont uniques ou multiples, confluentes ou isolées. Leur grandeur est différente et leur diamètre peut varier de 5 à 6 centimètres jusqu'à 10-14 centimètres. Les croûtes, qui tombent après quelques jours, sont remplacées par de nouvelles. Leur disparition définitive n'a lieu que le vingt-troisième ou vingt-cinquième ou même quarante-deuxième jour. Sous la croûte, on peut trouver l'ulcère en voie de guérison.

Les petites *bulles* à contenu transparent se développent aussi à partir du septième jour. Elles se rompent rapidement et laissent des écorchures, qui se transforment en ulcérations.

Les *écorchures* se forment non seulement au niveau des bulles, mais aussi sur les endroits où le stratum corneum, par suite de la macération, se détache en grands lambeaux.

Les *ulcérations* ne se développent qu'à partir de la seconde semaine de la maladie. Elles se forment sous les croûtes noirâtres, aussi bien qu'à la place des bulles et des écorchures. Celles qui se forment sous les croûtes sont les plus profondes et peuvent avoir jusqu'à 5 et 6 centimètres de profondeur. Les ulcérations ont leurs fond blafard et se cicatrisent très lentement.

Pour finir la description de la maladie, il faut indiquer *le changement de couleur* des taches rouge sombre et des taches blanchâtres

en rose clair, à partir du quatrième jour. On peut penser que c'est un signe de rétablissement de la circulation normale du sang.

La durée de la maladie se prolonge pendant 1 mois et demi à 3 mois.

On ne peut pas voir *la cause* de la maladie dans l'épuisement quelconque général de l'organisme, parce que parmi les malades on rencontre des personnes robustes. On ne peut pas l'attribuer à l'action chimique ou physique du sel mercuriel quelconque, parce qu'on observe l'eschare après les injections de sublimé, de benzoate, de salicylate, de biiodure et de bioxyde jaune de mercure. On ne peut pas l'attribuer aux injections intra-musculaires ou sous-cutanées, parce que les unes et les autres peuvent être suivies d'eschare. L'endroit de l'injection n'a pas d'importance : chez un malade l'injection a été faite au centre de la fesse (Glavtche) ; chez un autre, à la partie inférieure de la fesse (Klotz) ; chez mes deux malades, les injections ont été faites sur la ligne qui unit le grand trochanter à l'angle supérieur du pli interfessier, dans sa partie externe chez un malade, et sa partie interne chez l'autre. Enfin, on ne sait à quel bacille on pourrait attribuer la maladie.

Il y a deux théories qu'on propose pour expliquer la cause de la maladie.

1° L'aiguille blesse une artère ou une veine. La compression des tissus par la grande quantité de sang sorti des vaisseaux amène la gangrène (Klotz, Glavtche). Il est vrai que nous observons des symptômes d'hémorrhagie, mais l'hémorrhagie n'explique pas tous les symptômes de la maladie, par exemple, les douleurs si vives et insupportables. De plus, la gangrène n'est pas une conséquence nécessaire de l'hémorrhagie. C'est pourquoi les auteurs qui défendent cette théorie doivent ajouter une autre hypothèse à cette supposition : l'aiguille blesse non seulement un vaisseau, mais aussi un nerf (Glavtche).

2° L'autre théorie est trophoneurotique pure. La blessure du nerf amène des altérations vaso-motrices et trophiques dans tout le domaine de ses ramifications (Brocq, Pflüger). Mais les faits anatomiques parlent contre cette supposition. Dans mes deux observations toutes les altérations ont eu lieu au-dessous de la ligne, où les injections ont été faites. Sur cette ligne il n'y a aucun nerf, qui se dirige en bas et qui commande l'innervation de la partie inférieure de la fesse.

Il me semble, que les faits cliniques nous donnent le droit de présenter une troisième théorie qui est la suivante :

3° L'aiguille ne blesse qu'une seule paroi du vaisseau artériel (l'autre paroi restant intacte).

Ce vaisseau n'est pas une veine parce que nous savons précisément que les injections mercurielles dans les veines ne donnent pas cette

complication ; par suite de la blessure de la peau tout le liquide injecté est emporté bien vite par le courant sanguin jusqu'aux capillaires. Pour les parois très délicates de ceux-ci la solution du sel mercuriel à 1 p. 100 n'est pas indifférente et une inflammation aiguë se développe sur tout le territoire des capillaires qui appartiennent à l'artère blessée. L'endothélium des capillaires se détruit ; les uns se déchirent, les autres sont obstrués par les thrombus. Une grande quantité de la partie liquide du sang sort à travers les parois altérées des vaisseaux. Grâce à ce que beaucoup de capillaires sont oblitérés, ce liquide ne peut être résorbé et produit l'œdème aigu. C'est pourquoi le volume de la fesse augmente très vite. La pression intérieure sous laquelle se trouvent les tissus est très grande, et la compression forte d'une grande quantité de nerfs et de leurs filets terminaux produit les douleurs insupportables. Un fait clinique prouve bien que cette explication est près de la vérité : après trois jours de la maladie le volume et l'œdème de la fesse s'amoindrissent et en même temps les douleurs diminuent.

A cause de l'inflammation des capillaires, le courant du sang est ralenti et le sang artériel prend les caractères du sang veineux. C'est pourquoi les taches ont la couleur rouge violacé sombre.

La position isolée de quelques taches rouges dépend de la voie des anastomoses capillaires choisie par le liquide injecté ; celui-ci peut laisser intacts quelques réseaux des anastomoses ; ainsi se forment les intervalles de la peau saine et les taches rouges isolées.

Aux endroits où beaucoup de vaisseaux sont détruits, se développe l'anémie des tissus, qui devient plus marquée grâce à la pression exercée par le liquide œdémateux. La circulation normale, qui commence à être reconstituée le quatrième jour, au moment où nous observons le changement de la couleur rouge violacé sombre en rose clair, trouve les tissus presque morts et ne peut que favoriser la formation de la ligne de démarcation et le détachement des tissus morts.

Il me semble que cette théorie correspond aux faits cliniques, mais on ne peut pas donner une explication tout à fait précise et complète tant qu'elle ne sera pas confirmée par les faits expérimentaux.

On ne connaît pas les *précautions* à l'aide desquelles on pourrait éviter avec certitude la complication en question. Mais il y a quelques précautions qui ont leur raison d'être.

1. Les injections intramusculaires sont plus dangereuses que les injections sous-cutanées, parce que les vaisseaux des muscles étant plus grands, sont plus accessibles à la blessure par l'aiguille que les vaisseaux plus petits du tissu sous-cutané. Dans la plupart des cas d'eschare connus, les injections ont été intramusculaires.

2. Il faut faire les injections dans le tissu tout à fait mou normal, qui n'est pas induré par les injections précédentes. Dans tous les cas connus, l'eschare n'a eu lieu qu'après des injections multiples, de cinq à trente-six, et presque toujours pendant le cours du traitement répété. On peut bien admettre que l'induration des tissus constitue une condition favorable à la formation de l'eschare, parce que l'artère qui se trouve au milieu des tissus normaux échappe plus facilement à l'aiguille que l'artère située au milieu de tissus infiltrés.

3. Il faut employer une aiguille très pointue, parce que le vaisseau lui échappe plus facilement qu'à une aiguille mousse.

4. On conseille de s'assurer, après l'introduction de l'aiguille, qu'il n'y a pas d'hémorrhagie. Cette précaution a sa raison d'être, quoique dans le cas de Brocq elle n'ait pas donné de résultat satisfaisant.

Pour le *traitement* de la maladie il faut employer les moyens et les remèdes qui corrigent la circulation, calment les douleurs et fortifient les tissus altérés. Au commencement de la maladie, les bains chauds (30° C.) de longue durée donnent un résultat assez satisfaisant, parce qu'ils calment les douleurs, tandis qu'alors le malade ne supporte pas bien des compresses chauffant. La chaleur provoquée par ces compresses n'est qu'un résultat de la réaction des vaisseaux contre le froid. Mais dans nos cas, plusieurs parties des tissus étaient presque privées de sang et toutes les parties altérées étaient froides. Il est évident que la réaction normale des vaisseaux fait défaut, c'est pourquoi il n'y a pas de raison d'employer les compresses chaudes. Il vaut mieux employer les cataplasmes qui ont leur propre chaleur. Quand la circulation normale du sang est reconstituée, vers le septième ou neuvième jour, les compresses chaudes sont utiles. A l'intérieur on donne de la codéine (0,01 trois fois par jour). Pour la fortification des tissus altérés il est utile d'employer la galvanisation de la fesse. Le traitement des ulcères consiste, comme d'ordinaire, dans l'emploi de l'iodoforme, du nitrate d'argent, etc., suivant les circonstances.

M. GAUCHER. — Les deux observations de M. Nikolsky confirment ce que j'ai dit, dans cette Société, à propos de la communication de M. Brocq en 1904, à savoir que les injections de benzoate de mercure doivent être faites dans le tissu cellulaire sous-cutané et non dans les muscles, et que ce sont les injections intramusculaires qui peuvent produire une eschare.

Le Secrétaire,

P. DÉHU.

SÉANCE DU 1^{er} FÉVRIER 1906

Présidence de M. Alfred Fournier

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A propos du procès-verbal : A propos de la soi-disant épidémie familiale de Briey, par M. JACQUET. (Discussion : MM. HALLOPEAU, SABOURAUD, BALZER, JACQUET.) — Un cas de maladie des vagabonds, par MM. A. LE PLAY et DÉHU. (Discussion : MM. HALLOPEAU, DARIER, FOURNIER, DANLOS.) — Ulcère trophique rebelle du sein, par MM. A. LE PLAY et DÉHU. (Discussion : MM. DARIER, LE PLAY, DÉHU, FOURNIER, LENGLET.) — Auto-inoculation de chancre syphilitique, par M. QUEYRAT. (Discussion : MM. RENAULT, BARTHÉLEMY, DARIER, FOURNIER, LENGLET, SABOURAUD, QUEYRAT.) — Chéloïdes des muqueuses, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Spina ventosa syphilitique, par MM. GAUCHER et SABATIÉ. — Nouvel appareil protecteur localisateur pour radiothérapie assurant la protection du médecin et du malade, nouveaux tissus protecteurs, par M. J. BELOT. (Discussion : MM. SABOURAUD, BELOT.) — Radiothérapie du lupus érythémateux fixe de la face, par MM. GASTOU et DECROSSAS. (Discussion : MM. LEREDDE, DANLOS, BELOT, DARIER.) — Ulcération tuberculeuse primitive de la vulve chez une fillette de 11 mois, par MM. AUDRY et COMBÉLÉRAN. — Sur une dermite végétante avec éléphantiasis entée sur une asphyxie locale mutilante des extrémités, par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP. — Récidive de chancre induré ou ulcération tardive avec induration chondroïde, par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP. (Discussion : MM. AL. RENAULT, FOURNIER, DARIER, HALLOPEAU.) — Lymphadénome primitif ulcéré de la lèvre avec surinfection secondaire, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. (Discussion : MM. A. FOURNIER, DE BEURMANN, DANLOS, LEREDDE, HALLOPEAU, RENAULT.) — Sur un nævus systématisé acnéiforme du membre inférieur avec loci minoris resistentiæ, par MM. HALLOPEAU et ROY. — Syphilides tertiaires avec éléphantiasis des organes génitaux et glossite hypertrophique, par MM. BALZER et DESHAYES. — Contribution à l'étude des syphilides secondaires tardives, de l'érythème péri-buccal secondotertiaire, et de l'érythème tertiaire, par MM. BALZER et DESHAYES. — Favus atypique du cuir chevelu et favus des ongles, par M. DANLOS. — Érythème polymorphe circiné purpurique, par MM. GAUCHER et BOISSEAU. — Elections. — Erratum.

Ouvrages offerts à la Société.

A. FOURNIER. — *Traité de la Syphilis*, t. II (1906).

G. MIRON. — Tétanos et son traitement. Extr. *Presse médicale*, 4^{er} novembre 1905.

P. MULZER. — Ueber das Vorkommen von Spirochaeten bei syphilitischen und anderen Krankheitsproducten. *Sonderabdruck*, 1905.

E. HOFFMANN. — Über eine durch scilla maritima hervorgerufene vesikulose Dermatitis nebst Bemerkungen über die Bedeutung der Raphiden. *Sonderabdruck*, Berlin, 1904.

E. HOFFMANN. — Über einen Fall von Z. T. gangränösen Chancres mixtes an Lippe und Zunge mit später auftretendem Pseudo-chancere am Unterarm. Berlin, 1903.

— Ueber die Spirochæte pallida. *Sonderabdruck*, Leipzig, 1903.

Spirochæte pallida bei einem mit Blut geimpften Makaken. *Sonderabdruck*, Berlin, 1903.

— Weitere Mitteilungen über das Vorkommen der Spirochæte pallida bei Syphilis. *Sonderabdruck*, Berlin, 1903.

— Ueber Isoform dermatitis bei einen mit Jodoformidiosynkrasie behafteten Kranken. *Sonderabdruck*. Berlin, 1903.

— Ueber das Vorkommen von Spirochæten bei ulcereerten Carcinomen. *Sonderabdruck*, Berlin, 1903.

A propos de la soi-disant épidémie familiale de Briey.

M. Hallopeau s'était borné, au cours de la dernière séance, à mentionner l'existence de cette épidémie, et j'avais dû me contenter de relever, une fois de plus, l'excessive confiance de notre collègue.

J'ai eu, depuis, le texte sous les yeux et nous pouvons, maintenant, juger la valeur de ce fait « positif ».

Résumons exactement tout d'abord :

M^{me} D..., en septembre 1903, est vue par notre confrère le D^r Giry, avec, au côté droit de la nuque, une aire de trois centimètres et demi « absolument dénudée » ; elle est accompagnée de ses deux filles, peladiques toutes deux ; elles ont, d'après leur propre avis, gagné la pelade en se servant du peigne de leur mère.

M^{me} M..., aux fêtes de la Toussaint, vient chez M^{me} D..., sa sœur ; elle « oublie son nécessaire de toilette et se sert du peigne » de sa sœur ; et en mai 1904 notre confrère la voit atteinte d'une petite plaque peladique, qui est à ce moment « dans la période de guérison ».

Les deux filles de M^{me} M..., viennent chez leur mère en mai 1903 ; elles se servent de son peigne et toutes deux sont prises de pelade à aires « lisses, polies comme de l'ivoire ».

Six cas au total dans la même famille.

Réfléchissons un peu maintenant :

« Dans les 3 cas, nous dit M. le D^r Giry, la contagion s'explique très bien, elle résulte, d'après les déclarations mêmes des malades, de la contagion par le peigne. »

La déclaration même des malades est évidemment un argument de poids, mais peut-être serait-il bon de le contrôler : comment le faire dans l'espèce ? En nous montrant, par exemple, que les éclosions successives ont eu lieu à des dates correspondant approxima-

tivement aux limites hors desquelles l'inoculation et l'incubation peladique paraîtraient *invraisemblables*.

Or, à ce point de vue capital, le silence du Dr Giry est *absolu*.

Passons, cependant, pour le premier groupe familial ; M^{me} A... et ses deux filles *paraissant* cohabiter : l'inoculation aurait donc pu se produire à un moment quelconque.

Mais il n'en est pas ainsi pour M^{me} M.... Elle vient chez sa sœur le 1^{er} novembre 1903 : quand se fait l'éclosion de la dermatose ?

Réponse : *à la suite* de ce séjour. C'est un peu vague.

Mais pour M^{lles} M... c'est bien plus grave : elles sont en pension à Metz, et viennent chez leur mère à Pâques 1905. Elles ont été contaminées *toutes deux*. — Quand cela ? — *A la suite* également de leur séjour. Ici, l'imprécision est rédhibitoire et bien révélatrice d'un manque de méthode radical dans l'observation : il suffit, en effet, que ces malades aient été atteintes, ce qui est fort possible, de *deux à trois mois* après leurs voyages respectifs pour que nous n'ayons plus, valablement, nulle raison de faire intervenir la contagion.

Car nous admettons, tous, aujourd'hui que la pelade est une maladie à tendances *familiales*, pour des motifs bien différents du parasitisme, et ces motifs je pense les avoir moi-même fait entrevoir.

En tout cas, j'ai cité le fait de l'un mes frères atteint de pelade, à peu près en même temps que moi, exactement à la région mentonnière latérale droite, comme moi-même, et cela, à 400 kilomètres de Paris, et bien que nous ne nous fussions pas vus depuis près d'un an.

Vers la même époque, Pavlow (1) citait un cas familial, à peu près exactement superposable.

Peu après, mon éminent et vénéré maître, M. E. Besnier, m'adressait pour la pelade un de ses clients.

Celui-ci me déclara spontanément que sa sœur était peladique aussi.

« — Et, naturellement, lui dis-je, vous êtes persuadé que l'un de vous a contaminé l'autre ?

« — Oh ! Pas du tout.

« — Vous m'étonnez !

« — C'est pourtant bien simple : j'ai *appris* que ma sœur a la pelade, mais nous sommes brouillés, et ne nous sommes pas vus depuis fort longtemps. »

Un peu plus tard, enfin, j'ai eu l'occasion d'observer, et je crois que Sabouraud a observé comme moi, un jeune peladique, apparenté à la plus haute aristocratie médicale ; la mère et le frère

(1) Pavlow. Rapport sur les pelades. In *Congrès internat. de Dermat. et de Syph.* Paris, 1900, p. 883.

de ce jeune homme avaient eu la pelade, mais chacun fut atteint à des intervalles de plusieurs années.

J'ai observé, depuis, plusieurs faits de ce genre.

Le fait que la pelade tend à sévir *familialement*, en dehors de toute intercontagion possible, oblige à exiger une chronologie très rigoureuse, des auteurs qui font intervenir ce dernier mode : on a vu que nous étions, à Briey, bien loin de cette précision !

Et par contre, notre confrère, muet sur ces points majeurs, nous donne à certains autres égards, des détails d'une netteté *photographique* : nous savons, par exemple, le côté et la dimension, au millimètre près, d'une aire peladique, *vue près de trois ans auparavant* : à la bonne heure !

J'avais tort, d'ailleurs, de me demander si la diagnostic était bien sévèrement motivé : à l'école de Briey, comme dans la famille peladique, toujours de belles et bonnes aires bien arrondies, entièrement dénudées, glabres, lisses comme *de l'ivoire*. Jamais on n'a vu tant de pelades *billes de billard* ! Bref, c'est toujours la pelade *schématique*, telle que nous la voyons rarement ; sauf... dans les descriptions classiques.

Nous allons voir maintenant que l'épidémie de Briey n'est pas moins intéressante pour le psychologue que pour le dermatologiste.

M^{me} D... est peladique. En dépit des préjugés contagionnistes, que nous avons vus, dans une période précédente, gravés dans l'âme populaire, ses filles n'hésitent pas à se servir du peigne de leur mère : les voilà *toutes deux* peladiques, et, pour le coup, fort animées sans doute contre le peigne.

Cela se sait et se dit d'ordinaire dans les familles ! Or, leur tante se met en route pour aller les voir : dans ses préparatifs de voyage, que va oublier cette dame ?

Son peigne, parbleu !

L'ayant oublié, elle se gardera, dans cette famille hantée par l'idée de la contagion, de se procurer cet ustensile intime et ubiquitaire, et n'hésitera pas à recourir au peigne redoutable de M^{me} D... Et voici une nouvelle victime !

M^{me} M..., à son tour, reçoit ses deux filles. Ah ! cette fois, les précautions seront prises ! Or, ces deux jeunes personnes ont sans doute oublié aussi leur peigne. En tout cas, malgré les ravages familiaux causés par cette insouciance, et comme dominées par la soif du martyre peladique, elles n'ont rien de plus pressé aussi que d'employer — *toutes deux* — le peigne maternel, et, de même que les *deux* demoiselles D..., voici les *deux* demoiselles M... atteintes, chacune, de *deux* aires peladiques : familles amoureuses vraiment de symétrie !

Mais plus que le peigne de M^{me} D..., le peigne de M^{me} M... est plein

d'enseignements : M. le Dr Giry a vu cette dame, en mai 1904, atteinte alors d'une *petite plaque en voie de guérison*, et c'est seulement à la suite des vacances de Pâques 1905 que ses filles sont atteintes.

Or, une *petite plaque en voie de guérison*, est généralement *guérie* DOUZE MOIS PLUS TARD ! Et nous voilà tenus d'admettre, de par ce nouveau fait *positif*, que le microbe de la pelade est doué d'une virulence assez foudroyante pour que le maniement passager du peigne d'une *ex-peladique*, suffise, comme par une sorte de dé clic automatique, à faire simultanément *deux* victimes !

Et puis on ne nous parle pas du séjour que les deux demoiselles M... n'ont pas manqué de faire chez leur mère aux grandes vacances de 1904 : elles ont eu le temps, alors, de toucher au peigne maternel, et dans une famille aussi fascinée par ce terrible ustensile, on peut penser qu'elles n'y ont pas manqué : pas de pelade alors. Ce sera pour au moins *huit mois* plus tard : et nous voilà tenus d'admettre que le fameux microbe est sans doute *le seul qui contamine en vieillissant*.

Ces choses, et d'autres encore, ne sont point pour ébranler la foi de M. Hallopeau. Notre collègue, vraiment, peut revendiquer pour lui cette remarque, un peu modifiée, d'un philosophe illustre : *Nous ne croyons pas une chose, parce que nous la jugeons véridique ; mais nous la jugeons véridique parce que nous la croyons.*

Quant à nous, qui ne sommes pas à ce point des *croyants*, nous nous disons invinciblement : si l'on peut, sur le texte seul, relever de telles invraisemblances, que serait-ce si l'on pouvait y aller voir ?

Et j'ai demandé à notre confrère de Briey s'il ne voudrait pas nous faciliter et nous permettre l'enquête directe : je n'ai reçu aucune réponse encore (1).

Je n'incrimine, bien entendu, la bonne foi de personne. Et je pense qu'il se produit là, dans le cerveau des malades, une série de malentendus, d'équivoques, d'opinions tendancieuses, toute une fantasmagorie que le médecin a tort d'accepter sans contrôle.

Et quant à lui, fort de sa bonne foi, sa faute principale est de donner, *après coup*, des détails confirmatifs de son opinion.

Quoi d'étonnant à cela ? M. Hallopeau écrivait en substance à notre confrère : « On pourrait vous reprocher ceci, cela, et autre chose encore ; donnez des détails : *Jacquet est des plus méticuleux* » (2).

Hélas ! que ne puis-je faire la même constatation à propos de mes deux contradicteurs !

Et l'on donne, en toute bonne foi, des détails. Mais comme on

(1) Je n'en ai pas reçu davantage au moment où je corrige les épreuves de ce travail (13 février).

(2) Lettre communiquée par M. le Dr Giry.

n'a pas observé *directement*, d'après nature, on les donne de *mémoire*, ou, ce qui est pis, d'après ses auteurs : de *chic*, comme disent les artistes. De là le côté à la fois *flottant*, *vague*, et *artificiel*, *schématique*, *livresque* en un mot, de ces relations.

Veut-on une autre preuve bien palpable : le Dr Giry a bien voulu m'écrire à la date du 23 décembre, qu'il avait observé cinq cas, *cinq*, bien souligné, de pelade, dans une même famille. Deux semaines après, de cinq cas, nous passons à *six*.

Au total, à Paris, on inocule en des conditions de terrain et de virulence *idéales*, par friction, par pénétration intra-folliculaire, par application sur frictions, par frictions sur pénétrations : que sais-je encore?

On traite, par l'acupuncture à la brosse à crins roides, non désinfectée, les aires peladiques, leur bordure et les régions saines : j'ai pu arriver ainsi à un total de tentatives d'inoculation *incommensurable*, sur terrain *optimum* : rien, implacablement RIEN.

A Briey, le seul contact d'un peigne, *plusieurs mois après la guérison d'une peladette*, exerce des ravages dans une honnête famille.

Eh bien ! je dis que le paradoxe est trop fort, le contraste trop violent !

Sur un point, cependant, je suis d'accord avec M. Hallopeau : *les faits positifs priment les faits négatifs*. Et je ne croyais pas qu'il fût nécessaire d'énoncer un *truisme* d'une aussi banale évidence. Mais on nous parle de faits *positifs*, et l'on nous apporte des bulles de savon !

Cela ressemble vraiment à une gageure et je me demande parfois, je l'avoue ingénument, si notre collègue n'est pas un pince-sans-rire méconnu, qui abuse, sans pitié, de mon anti-contagionnisme candide...

Je me résume : *Quelques coïncidences, pas mal d'erreurs d'observation et un grand manque de sens critique*, tel est le fondement de la fantasmagorie contagionniste.

..

Certes, je suis confus d'avoir retenu si longtemps l'attention de la Société, sur des choses aussi peu dignes d'elle.

Pourtant, vous m'excuserez en considération de la répercussion sociale de cette doctrine : tous les jours encore, un assez grand nombre de nos semblables ont à souffrir de l'ostracisme qui les frappe. Voilà ce qui nous oblige à réagir contre une opinion erronée, *qui n'est pas inoffensive* (1).

(1) L'après-midi même du jour où eut lieu cette séance, je reçus la visite d'une domestique que m'adressait mon collègue et ami Florand.

L'histoire de cette femme est navrante : atteinte de pelade médiane à la nuque

Un client de notre collègue Brocq faisait récemment amende honorable en ces termes : « J'ai chassé mon coiffeur et j'en suis bien fâché, car j'ai guéri.... chez mon dentiste. »

M. HALLOPEAU. — Dans la dernière séance, M. Jacquet a terminé son argumentation relative à une épidémie de pelade en me disant : « vous êtes un *homme de foi* ». Je lui demande la permission de lui retourner, sans sa douce ironie, la même qualification, avec cette différence que ma foi se borne, en cette matière, à considérer comme véridiques et bien interprétées des observations provenant de confrères consciencieux et donnant la marque d'une connaissance indiscutable de la question, tandis que M. Jacquet l'applique à une théorie aussi contestable, suivant moi, que contestée.

Cette foi conduit M. Jacquet à considérer comme fausse ou négligeable toute conception contraire à cette théorie : c'est ainsi que la progression excentrique et la multiplication des plaques de pelade, caractères propres aux maladies infectieuses, n'appellent en aucune mesure l'attention de M. Jacquet ; qu'il en est de même de la grande analogie de ses allures avec celles de la trichophytie, analogie telle que les praticiens inexpérimentés confondent souvent les deux maladies. M. Jacquet ne peut contester la curabilité par les parasitocides ou les agents modificateurs du milieu que constitue le cuir chevelu, mais il en donne une autre interprétation. Suivant lui, les exemples de cas multiples de pelade dans des familles, dans un bureau, dans une école, dans un bataillon, sont de simples coïncidences ou des faits mal interprétés. Les cas de pelade sont fréquents dans cet hôpital parmi les serviteurs et les médecins : M. Jacquet lui-même ainsi que notre garçon de consultation et votre serviteur l'ont contractée et l'on rappelait naguère à l'Académie les 5 internes sur 12 qui en ont été victimes en une seule année : M. Jacquet n'en a cure. Les religieuses, qui ont la tête constamment couverte, en sont seules exemptes à Saint-Louis, et, d'après les renseignements qu'a bien voulu nous fournir notre confrère M. Brochin, elles ne sont que très exceptionnellement

depuis deux mois environ, on la chassait comme contagionnante. Et la pauvre fille, convaincue et résignée, trouvait cela tout naturel.

Or, elle était entrée chez ses maîtres cinq mois auparavant, en qualité de nourrice sèche. Depuis lors, elle *n'était pas sortie seule* ; et n'avait fait qu'une promenade quotidienne en automobile, avec l'enfant confié à sa garde ; impossible de relever le moindre contact suspect.

Par contre, un mois et demi environ avant le début de sa pelade, l'enfant étant tombé gravement malade, elle avait été soumise à un surmenage intense *de jour et de nuit*. Dans ces conditions, elle fut prise de quelques névralgies et de prurit à la nuque : c'est alors qu'on reconnut sa pelade.

Elle avait en outre, aux deux mâchoires, plusieurs grosses lésions infectées et actives. Il m'est aisé maintenant, comparant ce cas à tant d'autres analogues, suivis du commencement à la fin, de dégager ici la pathogénie : ces lésions dentaires restèrent inefficaces, au point de vue peladique, tant que le système nerveux garda son *tonus* normal. Survint alors un grave surmenage et les mêmes lésions, exaltées elles-mêmes, devinrent alors peladogènes.

Ainsi, ces maîtres durs chassèrent une pauvre servante, à cause d'une maladie contractée *pour eux et par eux* : bel exemple d'inconsciente férocité bourgeoise ! Quand donc sortirons-nous de cette barbarie ?

atteintes dans la grande école de la rue du Bac, où notre excellent confrère en a vu passer sous ses yeux un nombre colossal : c'est là pour M. Jacquet un fait sans valeur. Il ne tient pas compte davantage des localisations géographiques de la pelade, en particulier de son extrême rareté à Moscou, faits qui s'expliquent cependant par la théorie parasitaire et non par la théorie dentaire.

Pour ce qui est des inoculations, notre collègue interprète sans elles le transport fréquent de la pelade du cuir chevelu au tissu sous-unguéal et il considère comme non probante l'auto-inoculation du malade de Blaschko. Étant donnée cette disposition d'esprit, je ne puis m'étonner que la petite épidémie observée par notre confrère Giry n'ait pas trouvé grâce devant lui. J'avoue cependant ne pas comprendre la valeur des reproches qu'il lui adresse : si la pelade est contagieuse, il doit suffire du contact commun d'un peigne pour la transmettre.

La tendance univoque des conclusions de M. Jacquet s'explique aisément, car il suffit d'un fait probant de contagion ou d'inoculation pour renverser tout l'échafaudage de sa théorie dentaire : or, à mes yeux, les faits probants de contagion n'ont plus besoin d'être comptés.

Le principal argument de M. Jacquet est aujourd'hui l'insuccès constant des inoculations. Or, si ces insuccès prouvent que la pelade n'est pas habituellement inoculable, ils n'établissent nullement qu'elle ne l'est jamais et l'interprétation que j'ai formulée à cet égard ainsi qu'il suit demeure la plus vraisemblable : suivant moi, le contagement peladique reste pendant presque toute la durée de la maladie profondément inclus dans les follicules pileux et par conséquent loin de la surface par laquelle il pourrait être transmis, mais par périodes, sous une influence indéterminée, il devient superficiel et la maladie acquiert alors momentanément un pouvoir élevé de contagiosité. Je crains bien de ne pas me trouver encore à cet égard en opinion commune avec M. Jacquet : mais, quelque divisés que nous soyons relativement à l'interprétation des faits, je me tiens à sa disposition pour aller étudier de concert avec lui toutes les épidémies qui nous seront signalées dans un rayon accessible à nos investigations.

Je termine en faisant remarquer combien il est dangereux, au point de vue de la prophylaxie sociale, de considérer comme non contagieuse une maladie qui se propage dans les conditions que nous venons d'indiquer.

M. SABOURAUD. — Dès 1896 je me suis élevé contre l'erreur commise par les partisans de la contagion lorsqu'ils nous apportaient comme démonstration l'observation d'épidémies de pelade qui n'existaient pas.

Aucune de ces soi-disant épidémies n'était autre chose qu'un assemblage de faits disparates : trichophyties méconnues, alopecies post-traumatiques, post-impétigineuses, commencement de vulgaire calvitie, etc.

M. L. JACQUET. — Mon ami Sabouraud me permettra de lui faire remarquer que je n'ai point méconnu son rôle bienfaisant dans la disqualification de certaines soi-disant épidémies de pelade.

Mais déclarer telle ou telle épidémie *inexistante*, c'est une chose ; et proclamer, comme je n'ai cessé de le faire, que la pelade n'est ni *contagieuse*, ni *épidémique*, ni *parasitaire*, et s'efforcer de montrer *ce qu'elle n'est pas*, et

aussi *ce qu'elle est*, c'en est une autre. Et en cela je regrette que nous ne soyions pas d'accord, et qu'il n'ait pas encore renié le rôle peladogène de son micro-bacille.

Je suis bien embarrassé pour répondre à M. Hallopeau : il a apporté de nouveaux faits *positifs*, ainsi qu'il se plaît à les qualifier ; texte en main, j'en ai montré l'inanité, et je ne crois pas qu'ils soient susceptibles de reviviscence : le mieux serait de laisser ces choses dans l'ombre discrète d'où elles n'auraient pas dû sortir.

Mais maintenant, notre collègue se réfère aux bonnes vieilles épidémies d'autrefois ; et il invoque l'autorité de leurs auteurs.

J'écarte tout d'abord cette prétention : toute question scientifique est et restera éternellement *revisable* ; nulle autorité traditionnelle ne peut ni ne doit être invoquée comme *définitive*.

Je veux bien pourtant discuter ces faits avec lui : mais qu'il apporte *les textes*, et nous causerons. Il invoque notamment l'épidémie de bureau qui a été citée par M. E. Besnier : qu'il me permette de lui dire, que ce Maitre ne s'ankylose nullement dans le passé, même quand il est personnellement en cause, et il voulait bien me dire tout récemment qu'il considérerait les enquêtes de jadis, y compris les *siennes*, comme *absolument insuffisantes aujourd'hui*.

M. Hallopeau cite ma propre pelade comme imputable à l'hôpital Saint-Louis. Il joue vraiment de malheur : j'ai passé plusieurs années à manipuler sans nulle précaution tous les peladiques de M. Besnier, et pendant ce long espace de temps, je demeurai indemne. C'est quand j'eus cessé ce service, et en revenant de vacances au bord de la mer, que j'ai été atteint de pelade de la barbe.

Je sais bien que les épidémies de naguère sont pour M. Hallopeau *inexpugnables* : on a vu, répétera-t-il immuablement, 5 internes sur 12 qui ont été victimes en une *seule* année ! On a vu aussi jadis bien des choses stupéfiantes, bien des thaumaturgies ; oui, mais... *on ne les verra plus, parce qu'on regarde mieux*.

La tête des religieuses joue un grand rôle dans les convictions de notre collègue : elles sont constamment couvertes, dit-il. C'est même une raison pour qu'on ne voie pas les aires peladiques dont elles sont parfois atteintes. Je dis *parfois*, car personnellement j'en ai observé un cas chez une religieuse du Sacré-Cœur. On ne fait pas, à ce que je crois, d'inspection périodique des têtes des religieuses ; et l'on sait de reste, que c'est généralement par autrui que l'on est informé de sa propre pelade.

Et notre collègue ne pouvait manquer de rappeler l'*auto-inoculation du malade de Blaschko*, qui n'a rien auto-inoculé du tout (1).

M. Hallopeau invoque la forme et l'extension périphérique des aires peladiques : c'est également ce qui se passe pour les dermatoses dont l'origine trophonévrotique est le plus certaine, pour les zones d'hyperesthésie cutanée, les névro-dermites, le *prurit pur* surtout, auquel on n'a pas encore attribué une origine microbienne.

Il croit à l'action curative des *parasitocides* : personnellement, quand mon

(1) Voir la réfutation de ce prétendu succès d'inoculation, conçu et exécuté en dehors de *tout contrôle* de Blaschko lui-même, et qui fut contesté par les collègues de Blaschko, dans la Thèse de Spiral, Paris, 1905. Steinheil, éditeur.

diagnostic causal est bien établi, je ne fais plus *nul traitement de ce genre*, et j'offre à M. Hallopeau de tenter *concurrément*, par nos méthodes respectives, le traitement d'une série de peladiques.

Notre collègue critique la théorie dentaire et la déclare contestée et contestable. *Contestée ?* Oui certes; encore qu'elle ait en peu de temps gagné plus de terrain que je n'espérais.

Contestable ? Attendons la fin.... Et que M. Hallopeau me permette de lui rappeler que lors de mes présentations diverses il a toujours été impuissant à contester les faits que je montrais.

Qu'il me permette de lui rappeler en outre que lors de la commission dont je faisais partie comme lui, j'ai fait de vains efforts pour l'amener à instituer le contrôle méthodique de la théorie dentaire. Quels que fussent les motifs de ce refus, il n'en reste pas moins vrai que je ne peux pas l'obliger à voir des choses qu'il ne veut pas consentir à regarder. Mais il ne saurait méconnaître que je fais tous mes efforts pour qu'il regarde.

La seule déclaration que je puisse, au total, juger intéressante dans son argumentation, c'est sa promesse d'aller examiner de concert avec moi les épidémies futures : j'en prends acte bien volontiers.

Et je crois en effet que, dans l'état de division où nous sommes, tout esprit raisonnable jugera bon de n'attacher désormais d'importance qu'aux seules constatations *méthodiques, directes et contradictoires*.

Rayons donc du bilan dermatologique les « épidémies de Briey », et gardons-nous de dire comme notre collègue : « Si la pelade est contagieuse, il doit suffire du contact commun d'un peigne pour la transmettre ». Il est clair en effet que si nous commençons par *supposer la question résolue*, les choses paraîtront bien plus simples ! Et M. Hallopeau peut voir ainsi, que ma foi n'est pas de même qualité que la sienne, et que j'ai eu raison précédemment de recommander à ses méditations une pensée de Spinoza.

M. HALLOPEAU. — M. Sabouraud a-t-il observé la contagion entre époux ?

M. SABOURAUD. — Il ne faut pas dire contagion puisque ce mot préjuge précisément la question qui est en litige, mais il y a des faits remarquables de concomitance. J'en ai observé personnellement 10 à 12 cas, et si je ne suis pas plus affirmatif quant à leur nombre c'est que les premiers datent d'une époque où la contagion ne semblait douteuse à personne, et où leur observation a été certainement moins minutieuse qu'on ne serait en droit de l'exiger aujourd'hui.

Quel que soit leur nombre, la plupart de ces faits de pelade conjugale restent certains. Ils ne peuvent être niés. Toutefois leur mode étiologique reste douteux même à mes yeux.

M. L. JACQUET. — Sabouraud a observé 10 à 12 cas de transmission inter-conjugale, encore n'en est-il pas sûr : mais sur quel total de peladiques ? Sur plusieurs milliers peut-être. Or la question est justement de savoir quelle est la proportion des cas de ce genre. Il est probable qu'elle est faible, et qu'elle ne dépasse pas le taux qui correspond à la fréquence globale de la dermatose elle-même.

En tout cas la rareté de ces faits a jusqu'ici beaucoup frappé les observa-

teurs ; c'est même un des arguments qu'ont le plus invoqué les anti-contagionnistes.

Il serait donc utile d'être fixé autant qu'on peut l'être dans une question de ce genre, et j'espère que Sabouraud voudra bien nous donner la relation précise de ces faits ; nous indiquer *l'âge* des conjoints, et la *durée* de leur union ; nous dire surtout s'il a constaté *lui-même* la dermatose chez les *deux* membres du couple ; ou si dans certains cas, la soi-disant contamination lui a été *seulement* affirmée.

Enfin et surtout, il est important de savoir, si parmi les ménages peladiques *il n'en est pas qui prenaient des précautions plus ou moins rigoureuses*.

Alors seulement, on pourra juger la valeur de ces faits.

J'ajoute maintenant que la *coïncidence* joue quelque rôle dans les choses d'ici-bas, et qu'il faut s'en méfier. Et à propos de pelade je vais en citer une bien suggestive. Il y a quelques années, alors que je n'étais pas entièrement guéri encore d'une aire peladique de la région mentonnière latérale *droite*, j'entre avec M. J. Benda dans un restaurant de la gare Saint-Lazare. Un garçon vient à nous, et en dépit de sa rasure correcte, je pus faire remarquer à mon compagnon qu'il portait à la région mentonnière *gauche*, au point à peu près exactement homologue au vestige de la mienne, une aire peladique qui tranchait par sa blancheur sur le bleu foncé de la peau saine.

Et nous devisions philosophiquement sur cette coïncidence, lorsque survint un compositeur de musique, ami de M. Benda, porteur d'une belle pelade symétrique de la barbe, que depuis j'ai soignée.

Voilà donc, en une portion bien restreinte de l'espace et du temps, la conjonction de trois cas de pelade, non point *quelconques*, mais *congénères*.

Et songez un peu à ce que j'aurais pu supposer si, au lieu d'être à la fin de ma dermatose, j'en eusse été atteint quelques jours plus tard ! J'eusse bien difficilement échappé à la tentation de croire à une contamination.

Conclusion : la *coïncidence* existe et le médecin a le devoir de s'en méfier. Et c'est le cas peut-être de rappeler qu'un mathématicien se faisait fort, si on lui donnait suffisamment de lettres de l'alphabet et l'*infini* pour tenter cette expérience, d'obtenir en les lançant au hasard sur le sol un chant de l'*Iliade*.

M. BALZER. — Il n'est pas certain que les expériences de M. Jacquet permettent d'écarter à jamais la possibilité de produire la pelade expérimentale par contagion. Il peut se faire que les circonstances suffisantes de la contamination n'aient pas été réalisées par lui. La syphilis n'a-t-elle pas été regardée comme impossible à inoculer jusqu'au jour où les grands singes l'ont reçue ? Beaucoup d'expérimentateurs avaient échoué jusque-là.

M. L. JACQUET. — Mes expériences, j'en conviens, ne pourraient pas être invoquées contre tous les modes de l'infection ; mais elles sont valables *contre la modalité que l'on attribue à la contamination peladique*.

Vous attribuez la pelade au contact d'une coiffure, ou d'un peigne ? Je suis en droit de vous dire que les tentatives d'auto-inoculation INNOMBRABLES et celles d'hétéro-inoculation, au nombre de ONZE CENTES, que j'ai vainement instituées en des conditions beaucoup plus parfaites et directes *à ce point de vue*, sont incompatibles avec cette pathogénie, et, pour tout homme sans parti-pris, doivent l'exclure.

On a longtemps attendu, dites-vous, l'inoculation de la syphilis, et on vient pourtant de la réaliser.

Vous oubliez que *sur l'homme*, elle a toujours été facile; *trop facile*. Or, moi j'opère sur l'homme, *non peladique, ex-peladique et peladique en pleine éclosion d'aires nouvelles*.

Et j'opère par frictions, applications, pénétration intra-folliculaire : Et je combine ces divers modes.

Que veut-on de plus ? Que veut-on de mieux ?

Je demande la permission de faire remarquer, à titre de conclusion, la stérilité actuelle de la doctrine microbienne, au point de vue *pelade*. On parle encore de son microbe, comme par une sorte de vague et mécanique survivance, mais *personne ne le cherche*.

Par contre, j'ai prié à plusieurs reprises déjà, que l'on voulût bien contrôler mes travaux : *je réitère ma demande*. Une occasion favorable va s'offrir : c'est à l'entrée du printemps que sévit l'un des *maxima peladiques* annuels, *et l'on peut dire maintenant pourquoi*. Chacun de nous aura donc à observer un certain nombre de peladés récentes, *neuves* : qu'on veuille bien alors se souvenir de ma doctrine et la soumettre à un contrôle *attentif, réfléchi, impartial*.

Pour ma part, j'apporterai alors un ensemble de faits *précis, probants*, ne laissant prise à *nul doute*, et je réfuterai la critique, défavorable en son ensemble, mais *consciencieuse*, j'ai plaisir à le proclamer, qui a été faite de mes idées en *Allemagne*, et notamment par Bettmann.

Un cas de maladie des vagabonds.

Par MM. LE PLAY et DÉHU.

Les modifications pigmentaires imprimées aux téguments sous des influences parasitaires forment dans les hyperchromies acquises une classe bien déterminée, le type en est fourni par la phthiriasse; qui peut déterminer des mélanodermies généralisées d'une teinte foncée presque noire.

L'observation que nous rapportons concerne une femme offrant cet état particulier de la peau, que l'on remarque parfois chez les individus sans domicile et qui sont atteints de phthiriasse très développée, état caractérisé par des altérations pigmentaires des téguments, ne respectant même pas les ongles et les muqueuses. Le cas que nous présentons aujourd'hui à la Société de Dermatologie a un intérêt particulier à cause de l'intensité des troubles observés.

La malade, T..., âgée de 66 ans, de nationalité polonaise, est entrée à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Dieulafoy, le 16 novembre 1903. A son arrivée à l'hôpital, elle était dans un tel état de malpropreté qu'on dut lui faire subir un nettoyage complet au savon noir; les cheveux, pleins de parasites et de croûtes, étaient tellement entre-

mêlés, qu'on dut raser le cuir chevelu ; les vêtements en loques, couverts de poux, durent être brûlés.

L'examen de la malade est assez difficile ; ses facultés intellectuelles semblent notablement affaiblies, et bien qu'elle soit en France depuis près de 40 ans, elle s'exprime assez difficilement. C'est cette misère physiologique et l'état de dépression intellectuelle et morale dans lequel elle se trouve, qui ont décidé cette femme à entrer à l'hôpital.

Ce qui frappe tout d'abord, à l'examen, c'est la coloration anormale des téguments, presque généralisée, mais non uniformément, à la surface du corps. La pigmentation est surtout marquée au niveau du tronc où elle est brun foncé et à la région cervicale où elle est presque complètement noire, contrastant avec la coloration du visage, relativement pâle ; les membres supérieurs sont assez pigmentés ; les membres inférieurs le sont beaucoup moins, sauf au niveau des plis de flexion et de la face interne des cuisses. Cette coloration serait apparue, au dire de la malade, il y a six à sept mois ; la précision du début de ces accidents est d'ailleurs difficile à établir, car cette femme passait ses nuits dehors et ne veillait vraisemblablement que fort peu sur l'intégrité de ses téguments, à en juger par la misère physiologique dont elle était atteinte à son entrée à l'hôpital.

L'étude plus attentive de la peau montre qu'elle est sèche, épaissie par endroits, légèrement fendillée, comme parcheminée ; on remarque de plus, dans le dos, une multitude de lésions de grattage, les unes récentes, les autres relativement anciennes, cicatrisées. Les ongles sont aussi le siège de pigmentation. D'une façon générale, sauf à la face, à peu près indemne, et où elle n'existe qu'en petits placards disséminés, près du cuir chevelu, la pigmentation, très marquée aux régions cervicale et thoracique, va en diminuant à mesure qu'on se rapproche des extrémités inférieures.

L'état général de la malade est débilité par les privations. Elle n'a pas de température. L'examen de l'appareil respiratoire et l'auscultation du cœur ne révèlent rien d'anormal ; on remarque un certain degré de sclérose artérielle. Le foie est normal, non douloureux ; il n'y a aucun signe d'insuffisance hépatique. L'appareil urinaire n'offre rien de particulier à signaler. La malade présente des troubles digestifs caractérisés surtout par de la diarrhée ; les mauvaises conditions de l'alimentation expliquent suffisamment les symptômes observés.

Dans les antécédents héréditaires ou personnels, on ne note rien qui mérite d'être mentionné. On ne relève ni syphilis, ni alcoolisme.

L'intégrité des fonctions hépatiques, l'examen des urines permettent d'éliminer la possibilité d'un ictère ou d'un trouble du côté de la glande hépatique. Il ne s'agit pas non plus de diabète bronzé : il n'y a aucun symptôme de cette affection et le sucre fait absolument défaut dans les urines.

L'hyperchromie congénitale ou la possibilité d'une mélanodermie consécutive à des applications irritantes ou à l'ingestion de certaines substances, comme l'arsenic, doivent également être rejetées.

Nous restons donc en présence de deux hypothèses : la maladie d'Addison et la mélanodermie parasitaire ou maladie des vagabonds.

Si nous cherchons les signes de la maladie d'Addison autres que la mélanodermie, nous voyons qu'ils font défaut : la malade présente bien un cer-

tain degré d'asthénie, mais il semble qu'il s'agisse là plutôt d'une asthénie par privations; l'amaigrissement est notable; d'autre part, les contractions musculaires restent relativement vigoureuses.

Les troubles digestifs observés au début se sont amendés sous l'influence d'une alimentation plus saine et plus régulière, et les douleurs abdominales que présente cette femme sont dues en grande partie à un prolapsus utérin dont elle souffre depuis plusieurs années.

Cependant, un point doit attirer notre attention : l'examen de la muqueuse buccale permet en effet de constater la présence de plusieurs taches pigmentaires, siégeant à la face postérieure de la lèvre inférieure, et à la face interne des joues. Ces taches, brunâtres, légèrement ardoisées, sont analogues à celles que l'on observe chez les addisoniens; nous savons toutefois que si l'hyperpigmentation de la peau et des muqueuses est le signe clinique le plus saillant des altérations surrénales, il peut aussi manquer malgré l'existence de lésions assez accusées des capsules, et que, d'autre part, cette pigmentation de la muqueuse n'est pas spécifique de la maladie d'Addison, et a été observée notamment dans certains cas de mélanodermie parasitaire.

Signalons pour terminer que, depuis qu'elle est entrée dans le service, c'est-à-dire depuis deux mois environ, la coloration des téguments s'est beaucoup atténuée. L'examen histo-chimique, pratiqué après biopsie, au moyen du sulphydrate d'ammoniaque, n'a pas révélé la présence de fer dans la pigmentation cellulaire.

En somme, si le syndrome addisonien fait défaut, nous pouvons toutefois nous demander si nous ne sommes pas en présence d'une manifestation esquissée, d'une expression atténuée de ce syndrome, caractérisée par de l'hyperpigmentation, quelques troubles gastro-intestinaux et un certain degré d'asthénie, en un mot, s'il ne s'agit pas là d'un de ces cas d'addisonisme décrits par Boinet (1) et observés chez les individus atteints de misère physiologique. A l'autopsie de ces sujets, cet auteur a remarqué des altérations de la muqueuse du gros intestin et particulièrement du cæcum. Cette colite coexistait avec un certain degré de sclérose des capsules surrénales : peut-être la résorption des toxines puisées au niveau du gros intestin et l'action spéciale des produits toxiques, exagérée par la fatigue et ce surmenage, ont-ils contribué à déterminer au niveau des capsules surrénales un certain degré de sclérose, et entraîné consécutivement l'apparition des signes cliniques observés.

Quoi qu'il en soit, nous pensons que nous sommes en présence d'un cas de maladie des vagabonds, dont l'étiologie parasitaire est bien précise, et qui présente un intérêt particulier, à cause de l'étendue de la pigmentation qui n'a pas respecté les muqueuses, et qui relève d'une pathogénie complexe.

M. HALLOPEAU. — Il est utile de savoir par quel mécanisme se produit cette coloration de la peau. Est-elle le fait de l'action directe des poux ou se

(1) BOINET. *Archiv. gén. de médecine*, 13 sept. 1904, n° 37.

produit-elle sous l'influence des réactions personnelles du malade. On pourrait, pour trancher cette question, tenter quelques expériences dans le sens de celles de Duguet sur les *pediculi pubis*.

M. DARIER. — Il faut remarquer que les phtiriasiques pigmentés sont toujours amoindris physiologiquement, cachectiques, asthéniques, presque des addisoniens par l'apparence. Il est donc possible que les poux exercent une action toxique spéciale portant, sinon sur la capsule surrénale, du moins sur le plexus nerveux péri capsulaire. On ne peut incriminer l'action directe des poux quand on constate la pigmentation de la cavité buccale, qui existe si souvent. Ces considérations m'ont fait renoncer à entreprendre les expériences dont parle M. Hallopeau, lesquelles pourraient n'être pas sans danger.

M. HALLOPEAU. — On pourrait invoquer un transport du pigment.

M. FOURNIER. — La disposition des taches blanches et des taches noires rappelle beaucoup ce qui existe dans nombre de syphilides pigmentaires et démontre bien la non spécificité de ces processus.

M. DANLOS. — Il y a ici bon nombre de taches blanches qui sont de simples cicatrices dues à la chute de croûtes post-infectieuses.

Ulcère trophique rebelle du sein.

Par MM. LE PLAY et DÉHU.

La malade, P..., Blanche, âgée de 21 ans, exerce la profession de couturière.

Elle entre le 6 novembre 1903, dans le service de M. le professeur Dieulafoy, à l'Hôtel-Dieu, pour une ulcération du sein qui dure depuis 18 mois.

Il y a 3 ans, la malade vit apparaître au point où siège actuellement l'ulcération, une petite grosseur du volume d'une tête d'épingle, puis d'une lentille, faisant une légère saillie et de coloration violacée. Elle en rapporta la cause à une chute qu'elle avait faite un an auparavant dans un escalier, sur le côté droit, et qui lui avait laissé dans le sein une douleur persistante. Comme cette petite tumeur augmentait de volume et lui causait des démangeaisons, elle alla à la consultation de Lariboisière où on lui proposa une opération qu'elle refusa.

Il y a 20 mois, la petite plaque violacée s'ulcéra, peut-être à la suite de grattages. Cette effraction ne détermina d'ailleurs l'issue d'aucun liquide ; un léger suintement sanguin en fut la seule conséquence. L'ulcération, d'abord petite, augmenta progressivement pour atteindre les dimensions qu'elle offre actuellement.

En août 1904, elle entra dans le service de M. le docteur Brissaud pour une angine qui semble avoir été assez banale et qui dura peu de temps.

Elle passa de là en chirurgie dans le service de M. Lucas Championnière, où elle resta trois semaines ; là, malgré les nombreux pansements qui lui furent faits, on ne put obtenir de cicatrisation ; il se forma une eschare noire et sèche, occupant toute l'étendue de l'ulcération. La malade sortit

alors de l'hôpital, où elle vint se faire panser les jours suivants; mais, une semaine après, l'eschare tombait, et l'ulcération reprenait les caractères qu'elle avait au début, avec ses bords taillés à pic, limitant un fond rouge vif, suintant. Elle se fit alors soigner dans son quartier, à Lariboisière, où on obtint encore le même résultat, c'est-à-dire la formation d'une nouvelle eschare qui tomba au bout de peu de jours.

Rentrée chez M. Championnière en septembre 1903, elle y resta un mois et demi; une fois de plus, il se forma une eschare qui tomba encore; la malade fut alors envoyée, de la consultation de chirurgie, par M. Marion, dans le service de M. Dieulafoy, où elle entra le 6 novembre 1903.

Lorsqu'on étudie attentivement les caractères de cette ulcération, on voit qu'elle siège à la partie interne du sein droit, en dedans et un peu au-dessus du mamelon; elle a les dimensions d'une pièce de dix sous; elle est régulière, presque circulaire, légèrement ovalaire.

Elle est entourée d'une zone inflammatoire rouge, de la grandeur d'une pièce de cinq francs environ. Les bords de l'ulcération sont taillés à pic, comme à l'emporte-pièce; si l'on examine le fond, on constate la présence d'une eschare noire, sèche, peu épaisse, qui en occupe presque toute l'étendue, sauf en un petit point limité à la partie supérieure, où on remarque une petite portion de tissu, suintant et jaunâtre. Dans le cercle rouge périphérique, un examen attentif révèle la présence de deux ou trois petites saillies, siège d'une desquamation épidermique, et que la malade nous dit être les cicatrices d'autres ulcérations plus petites qui seraient apparues au moment où la grande ulcération se cicatrisait.

La palpation de la zone enflammée, au pourtour de la plaie, montre une induration légère, d'apparence œdémateuse; plus profondément, on sent le tissu glandulaire, normal, analogue à celui de la mamelle opposée; cette exploration est assez douloureuse. Les ganglions lymphatiques voisins des régions axillaire et sus-claviculaire ne sont pas perceptibles; ils ne sont donc pas influencés par ces lésions de voisinage.

Notons enfin la douleur très vive, lancinante, irradiant vers l'aisselle, qui accompagne la formation de l'eschare et tend à disparaître lorsque la plaie se cicatrise.

La malade présente un excellent état général; le cœur et le poumon sont indemnes; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La malade est bien réglée; elle n'a jamais eu d'enfant et n'a jamais fait de fausses couches.

Nous devons toutefois noter qu'elle est très nerveuse. Il y a quatre mois, dans le service de M. Championnière, à l'occasion d'une contrariété, elle eut une crise nerveuse qui dura quelques heures, pendant lesquelles elle se débattit et perdit connaissance, mais qui ne fut pas accompagnée de morsure de la langue ou d'émission involontaire des urines. Elle raconte d'autre part que, quatre ans auparavant, elle est restée sept jours en léthargie.

Il n'existe pas de zone d'anesthésie ou d'hypoesthésie; il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel; d'ailleurs, l'examen des réflexes tendineux et pharyngien montre qu'ils sont normaux.

Enfin, on n'observe aucun stigmate de spécificité ou de bacillose.

La présence de l'eschare permet d'éliminer l'hypothèse d'une gomme

bacillaire ou spécifique. On ne remarque pas d'autre part le piédestal induré et l'inflammation ganglionnaire qui accompagnent l'épithélioma.

S'agit-il d'une plaie entretenue par des grattages ou l'application intempestive de caustiques, peut-être dans un but de mutilation volontaire chez une névropathe? Nous ne le pensons pas.

Une surveillance attentive et surtout l'application, pendant plusieurs jours, d'un pansement isolant la plaie, et la mettant à l'abri de tout attouchement, n'ont pas entraîné de modifications dans l'évolution des lésions. De plus, au cas où la lésion serait entretenue par un traumatisme quelconque, elle ne présenterait vraisemblablement pas des bords aussi nettement circulaires, taillés à pic.

Nous avons primitivement appliqué sur la plaie des pansements humides à l'eau oxygénée étendue, puis à l'eau bouillie; n'obtenant pas de résultat favorable, nous nous sommes bornés à faire de simples pansements secs à la gaze stérilisée, nous abstenant d'employer tout antiseptique; lorsque la douleur était trop vive, au moment de la formation de l'eschare, nous avons usé de la vaseline cocaïnée. En même temps, nous avons fait des injections sous-cutanées de cacodylate de soude. Quel que soit le traitement employé, on observe peu de variations dans l'évolution des lésions: lorsque la plaie est sur le point de se cicatriser, des douleurs très vives apparaissent, les téguments se détergent, l'eschare se forme, croît progressivement, puis s'élimine peu à peu pour faire place de nouveau à un tissu de réparation. Le cycle dure six semaines environ.

En somme, nous pensons que nous avons affaire à une lésion trophique cutanée, comparable, dans une certaine mesure, à l'ulcère rond, observé au niveau des voies digestives, et à la pathogénie de laquelle les troubles névropathiques observés ne sont peut-être pas étrangers.

M. DARIER. — Des ulcérations de cet ordre ont quelque chose de trop artificiel pour ne pas être de pathogénie très suspecte. A-t-on recherché la simulation?

M. LE PLAY. — Malgré une surveillance soutenue, jamais la malade n'a pu être surprise en flagrant délit de supercherie, mais c'est une névropathe qui a eu des crises nerveuses convulsives et même de la catalepsie.

M. DÉHU. — La question intéressante est de savoir si ces gangrènes dites hystériques sont toujours dues à la supercherie, ou si elles peuvent être spontanées. On a indiqué comme indices d'une lésion artificielle, la forme irrégulière de la plaie, les « *coulures* », ou les petits foyers satellites qui se produisent quand les malades provoquent elles-mêmes les lésions au moyen d'un caustique liquide, ce qui est le plus fréquent. Ici, rien de pareil. La plaie est parfaitement régulière, de plus, elle est très douloureuse, car il n'y a pas d'anesthésie. Enfin, on a appliqué un pansement occlusif qui est resté huit jours en place; quand on l'a levé, la plaie était dans le même état.

La supercherie ne semble donc pas probable.

M. DARIER. — Nous avons avec Thibierge étudié un cas étrange de ce

genre. La malade avait des bulles et des eschares sur un avant-bras. Nous lui fîmes un pansement cacheté. A partir de ce jour, les bulles et les eschares se produisirent à l'autre bras. Cette malade se servait d'allumettes pour escharifier sa peau et, malgré la douleur qu'elle éprouvait, elle continuait à simuler.

M. LE PLAY. — Les ulcérations de notre malade sont douloureuses.

M. FOURNIER. — L'ulcération pourrait, à la rigueur, appartenir à la syphilis tertiaire.

M. LE PLAY. — La malade n'a pas d'antécédents spécifiques.

M. FOURNIER. — Je me souviens avoir entendu Gilles de la Tourette affirmer que chez certaines de ces malades, le pansement cacheté le mieux fait n'empêchait pas la formation des bulles.

M. DÉHU. — Étant donnée l'analogie de ces gangrènes hystériques avec les trophonévroses qu'on observe dans certains cas de syringomyélie ou de névrite, on peut se demander si les simples troubles dynamiques chez les névropathes ne peuvent pas jouer le même rôle que les lésions organiques et déterminer dans un territoire limité une ischémie intense et persistante, avec ou sans urticaire, et capable d'aboutir à la nécrose.

M. LENGLET. — Il y a une telle différence entre l'influence dynamique du système nerveux et l'action dystrophique qu'exercent des nerfs atteints de dégénérescence névritique qu'il ne faut pas comparer ces deux phénomènes et qu'il convient d'attendre des preuves plus rigoureuses de l'existence des gangrènes hystériques avant d'en admettre sans restriction la possibilité.

Auto-inoculation de chancre syphilitique.

Par M. QUEYRAT.

Le malade que voici est — pour moi du moins — un exemple d'auto-inoculation de chancre syphilitique.

C'est un garçon boucher, âgé de 25 ans, qui est entré dans mon service, à l'hôpital Cochin-Annexe, le 15 décembre dernier, porteur de deux chancres syphilitiques des plus nets : l'un sur le limbe, à droite, datant de 15 jours, l'autre sur le gland, celui-ci de 8 jours.

Ils sont actuellement, comme vous pouvez le constater, en voie de cicatrisation, mais encore très indurés. Il existait une adénite inguinale bilatérale en pléiade ; — il n'y avait pas d'adénite axillaire. Aucun traitement, ni local, ni général.

Le 15 décembre, avec le raclage du chancre de 8 jours (où j'ai constaté, par la solution de Giemsa, la présence du spirochète de Schaudinn), je fais au malade deux auto-inoculations à la région deltoïdienne gauche, tandis qu'à la région deltoïdienne droite je fais deux traumatismes *témoins* à l'aide d'un vaccinostyle simplement flambé.

Rien de particulier jusqu'au 27 décembre (13^e jour après l'inoculation).

A ce moment, aux deux points d'auto-inoculation de suc chancreux, apparaissent deux petites macules d'un rose sombre. Rien au niveau des traumatismes témoins.

Les jours suivants, les macules s'élargissent et deviennent papuleuses, puis de véritables papules lenticulaires dont le relief est très appréciable à la vue et au toucher : leur base est infiltrée.

Le 4 janvier, apparaît une petite couronne squameuse et je constate, ce même jour, qu'au sommet de l'aisselle gauche deux ganglions sont augmentés de volume.

Depuis, les papules se sont encore un peu surélevées et les ganglions se sont légèrement hypertrophiés.

Aujourd'hui — 11 janvier — il n'existe aucun accident secondaire, aucune syphilide ni maculeuse, ni papuleuse. Les traumatismes témoins se montrent sous forme d'une petite cicatrice noirâtre, et c'est tout.

Les lésions que j'ai provoquées sur le bras gauche de ce malade sont absolument similaires de celles que j'ai produites expérimentalement chez d'autres sujets syphilitiques que j'ai présentés à la Société médicale des hôpitaux (1) et dont voici un beau spécimen moulé par M. Jumelin (2). Ces résultats d'auto-inoculation s'obtiennent dans des conditions bien déterminées, savoir :

1° Il faut que le chancre syphilitique, point de départ de l'auto-inoculation, soit *jeune*.

Sur 19 cas d'auto-inoculation que j'ai pu suivre, 10 résultats ont été positifs — plus ou moins accusés — avec des chancres de 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 11 jours.

Après le 11^e jour toutes mes tentatives d'auto-inoculation, au nombre de sept, sont restées sans résultat (chancres de 12, 13, 17, 21, 30 jours).

Il ne me serait pas possible d'affirmer que le 11^e jour est la limite de l'auto-inoculabilité : je me borne à enregistrer les faits tels que je les ai constatés.

2° Pour réussir l'auto-inoculation, il faut que le chancre *n'ait pas été traité localement*. Deux tentatives que j'ai faites avec des chancres de 6 et de 8 jours, dont la premier avait été traité par de la pommade au calomel, le second par le vin aromatique, sont restées infructueuses. Ce résultat négatif s'explique par ce fait que nous avons signalé tout les premiers, M. Joltrain et moi (3) et qui a, depuis, été confirmé par d'autres chercheurs, en particulier M. Bodin,

(1) QUEYRAT. *Société médicale des hôpitaux*, 1904 et 1905. Voir également QUENTIN (th., Paris, 1905), et SABAREAU (th., Paris 1905).

(2) Voir ci-joint la reproduction de cette pièce qui a été choisie parce qu'elle reproduit sur la même région et le résultat des auto-inoculations chancreuses et le résultat des traumatismes témoins (Planche I).

(3) QUEYRAT et JOLTRAIN. *Soc. médicale des hôpitaux*, juin 1905.

à savoir que les spirochètes de Schaudinn ne s'observent plus à la surface des chancres, localement traitée.

3° Il faut se contenter de faire, aux points où vont être pratiquées les inoculations, un savonnage à l'eau chaude et ne pas employer d'antiseptiques (sublimé, etc.) car on risquerait de stériliser la matière inoculée. Pour la même raison, après avoir flambé le vaccino-style, ne pas le porter sur la surface du chancre, alors qu'il est encore chaud.

4° Quant au traitement interne, mercuriel, il m'a paru atténuer les lésions d'auto-inoculation et les rendre moins nettes.

Ces faits soulèvent la question, fort intéressante, du moment où l'organisme se trouve immunisé contre le virus syphilitique.

Je défends cette opinion, basée sur des preuves cliniques et expérimentales, que l'immunisation syphilitique, chez l'homme, est progressive, à terme assez éloigné et que dans les 10 premiers jours qui suivent l'apparition du chancre l'auto-inoculation de ce chancre donne encore des résultats positifs. Le malade que je présente me semble une preuve nouvelle en faveur de cette doctrine.

M. ALEX RENAULT. — Je ne puis vraiment admettre qu'il soit question de chancres syphilitiques. Les lésions, qu'a] obtenues M. Queyrat, ressemblent morphologiquement, trait pour trait, à des papules secondaires. En outre celles-ci sont absolument souples de base et manquent par conséquent du principal caractère de l'accident primitif : l'induration.

Je suis tenté de croire au contraire que chez le malade de M. Queyrat, il s'agit d'accidents secondaires provoqués avant les délais habituels, par l'inoculation *in situ* du pus très virulent du chancre syphilitique.

M. BARTHÉLEMY. — Les faits expérimentaux que met sous nos yeux notre collègue M. Queyrat sont importants au point de vue doctrinal et je retiens ce qu'il vient de dire qu'il n'y a de résultat positif que si l'on prend pour pratiquer l'autoinoculation de la sérosité sur un chancre syphilitique n'ayant pas dépassé douze jours. Ces chancres expérimentaux du bras sont si peu développés, si peu indurés, qu'on croirait plutôt à de simples syphilides secondaires papulo-squameuses. Si on ne connaissait pas leur intéressante histoire, il ne viendrait à l'idée d'aucun clinicien de considérer ces lésions comme des chancres syphilitiques et l'on dirait que ce sont, ou de simples pustules de fausse inoculation — comme toute pustule pyodermique ou l'herpès peut en donner — ou que ce sont de simples papules dont l'inoculation a hâté la venue. Les ganglions mêmes sont minimes.

Il faut faire effort (et je fais volontiers cet effort) pour admettre que ce sont là des chancres expérimentaux développés sur un terrain déjà envahi par le virus ; ces chancres sont remarquablement atténués et c'est avec le virus des chancres ainsi atténués qu'on pourrait peut-être avoir sur le singe des résultats intéressants. Quoi qu'il en soit, ces chancres expérimentaux sont tout à fait différents de ceux que nous montrait en 1884 au Congrès

de Copenhague le Dr Pontoppidan. Les chancres obtenus par les auto-inoculations de ce médecin étaient bien plus typiques, bien plus caractéristiques, étendus, durs, lisses et avaient des caractères tout à fait typiques. Je crois que l'un d'eux datait du quinzième jour. Tous siégeaient dans la région sous-ombilicale. Pour ce qui est de la région, on voit que les chancres du bras, dus à des accidents de vaccine, sont parfois vastes, très durs, ulcéreux et non atténués.

Pour ce qui est de la vaccine, il y a sans doute des pustules de vaccine graduellement atténuées, il y a aussi des pustules de fausse inoculation de pyodermites dont il faut tenir compte. Toutefois j'admets, ces réserves faites, que les chancres syphilitiques sont ici atténués comme sont parfois les vaccins et que ce sont bien des chancres syphilitiques qui nous sont présentés ; c'est ce que je trouve intéressant, car je n'aurais pu, sans leur histoire, les reconnaître.

M. QUEYRAT. — Je répondrai à M. Renault que j'ai prévu son objection et que c'est pour cela qu'après avoir fait les auto-inoculations, j'ai pratiqué, parallèlement, des traumatismes témoins avec un vaccinostyle simplement flambé.

Si l'argument de M. Renault était exact, je devrais avoir également au niveau de ces traumatismes des papules ; or il n'en est rien, et c'est là seulement où j'ai introduit du suc chancreux — ou, pour mieux dire, des spirochètes — que j'ai obtenu les lésions que vous voyez.

En ce qui concerne la nature de ces lésions, j'incline à croire qu'il s'agit d'accidents primitifs, mais modifiés parce qu'ils ont évolué sur un organisme en voie d'immunisation ; ce sont des chancres que j'appellerai *avortés* : ils ressemblent d'une façon frappante aux derniers venus de certains chancres successifs. On peut également les comparer au chancre initial du *macaque bonnet-chinois* (*macacus sinicus*).

Chez le macaque, parce qu'il a une immunisation naturelle relative contre la syphilis, chez le porteur de chancre syphilitique, parce qu'il est en voie d'immunisation acquise, l'inoculation de virus syphilitique ne peut produire qu'un accident initial peu accusé, de là cet aspect *avorté* du syphilome d'inoculation dans les cas en question.

Il est facile d'ailleurs de trouver des analogies dans la pathologie expérimentale humaine : la plus facile à constater est celle que nous fournit la vaccine. Il a été établi par de nombreuses expériences que l'immunité vaccinale n'est complète que le dixième jour. Les revaccinations prennent jusqu'au cinquième jour, déjà moins le sixième, encore moins le septième et le huitième ; le neuvième jour, les succès sont la règle. Mais, d'autre part, au fur et à mesure qu'on s'éloigne du jour de la vaccination initiale, on voit les pustules surnuméraires de plus en plus modifiées dans leur aspect et dans leur évolution. Ce ne sont finalement que des petites papules avec croûtelles qui disparaissent rapidement.

M. DARIER. — Les conditions de développement de ces lésions d'inoculation sont, en effet, très voisines de celles qui caractérisent la période secondaire. Le spirochète a été apporté par la lancette, comme il l'est ordinairement par la voie sanguine, dans un tissu déjà immunisé partiellement.

D'ailleurs, il n'y a qu'une différence de degré et non de nature entre les lésions du chancre et celles des accidents secondaires.

M. FOURNIER. — Ricord, qui a fait beaucoup d'expériences d'inoculation du chancre, appelait ces lésions des pseudo-papules d'inoculation. Il n'y a pas là auto-inoculation, ces accidents n'ont rien du chancre : ce sont des lésions banales que produirait l'infection par un produit quelconque, voire même avec de simple poussière. D'ailleurs, en bon français le mot auto-inoculation signifie reproduction absolue, chez le même individu, d'un accident caractéristique.

M. QUEYRAT. — Si un produit quelconque peut provoquer des lésions de ce genre, comment expliquer alors que l'inoculation du pus blennorragique ainsi que je l'ai tentée, ne donne aucun résultat ? Comment expliquer que le suc d'un chancre de plus de 11 jours ne produise rien ? Quant à la reproduction absolue de l'accident primitif, elle paraît difficile, sinon impossible à obtenir, parce qu'encore une fois on fait une auto-inoculation sur un sujet, à la limite de l'immunisation.

M. LENGLET. — Le sens que M. Fournier donne au mot auto-inoculation, exact en clinique, peut être autrement compris en bactériologie : il signifie alors inoculation au porteur avec pullulation du microbe pathogène. Dans le cas de la syphilis, la réinoculation se fait et la différence constatée entre la lésion qui en résulte et le chancre n'est que la conséquence de l'immunisation partielle ; à l'heure où paraît l'accident de réinoculation, l'organisme est à une époque proche de celle où il produira la roséole et les papules, et le spirochète inoculé, comme celui qui est charrié par le sang, tend à produire l'accident que permet seul l'état d'immunisation relative du sujet. Il est probable que M. Queyrat pourra déceler le spirochète dans la lésion d'auto-inoculation.

M. SABOURAUD. — Au point de vue histologique, il serait facile de savoir si l'accident ainsi produit a la structure du chancre.

M. QUEYRAT. — Il est bien entendu que je vais faire chez mon malade la biopsie de ces lésions d'auto-inoculation et que l'examen microbiologique et histologique en sera pratiqué ; j'en communiquerai les résultats qui ne peuvent manquer d'être intéressants, soit à un point de vue, soit à un autre. En ce qui concerne la dénomination à attribuer aux lésions produites, je tiens plus au résultat obtenu qu'au mot et puisque celui de chancre soulève des objections, j'y substituerai bien volontiers — jusqu'à plus ample informé — celui très général de *lésions* ou de *sphilomes* d'auto-inoculation.

Chéloïdes des muqueuses.

PAR MM. DE BEURMANN ET GOUGEROT.

Les chéloïdes des muqueuses doivent être d'une grande rareté, car les livres classiques ne les signalent pas.

Sur cet homme atteint déjà de chéloïdes multiples cutanées, nous en avons vu naître une à la face interne de la lèvre inférieure, donc en pleine

muqueuse et non en demi-muqueuse. Elle a succédé à une ulcération (peut-être syphilitique) infectée par l'association *fuso-spirillaire de Vincent*, n'occupant que la partie inféro-interne, intrabuccale de la cicatrice qu'a laissée cette ulcération. L'ulcération était en pleine activité au moment de la première présentation du malade, elle tendait même au *phagédénisme*, qu'arrêta bientôt l'éther camphré. La cicatrisation *lente* se termina vers le 16 janvier. La cicatrice est irrégulière, entamant un peu le bord libre de la lèvre et se prolongeant à la face interne vers le sillon gingivo-labial. Du côté de la commissure, elle attire et fronce en plis parfois profonds la muqueuse de la face interne de la lèvre. A ce moment déjà, à la partie inféro-interne, la base n'était pas souple. Peu à peu, en quelques jours, l'induration a augmenté, dépassant même à ce niveau les bords de la cicatrice et le malade sent le soir le même picotement que dans les chéloïdes cutanées. La chéloïde ne s'est donc développée que sur une partie de la cicatrice. Elle est presque exactement circulaire, d'environ 20 millimètres de diamètre ; elle est blanc rosé, moins colorée que la muqueuse environnante ; saillante et aplatie, déprimée même au centre. Le bord brusquement exhaussé semble de coloration plus foncée. L'induration est discoïde.

Les caractères cliniques de cette chéloïde et des chéloïdes cutanées sont en tout semblables.

Elle a suivi de près la cicatrisation de l'ulcération, de même que les chéloïdes cutanées chez le même malade.

Il est à remarquer que ce malade, atteint de chéloïdes multiples développées très inégalement sur certaines cicatrices de syphilis maligne précoce, ayant été épargné par sa syphilis ulcéreuse depuis de longs mois (déc. 1904 à déc. 1905), n'avait plus eu de chéloïde. Il a suffi qu'il refasse une ulcération pour qu'elle devint chéloïdienne. C'est donc que la cause de ces formations chéloïdiennes, que nous croyons infectieuse (et en certains cas au moins tuberculeuse), *persiste*.

D'accord avec Fournier et Lefranc, nous ne croyons pas ces chéloïdes d'origine syphilitique, car elles ne sont *pas influencées par le traitement*. Nous rappelons que les chéloïdes cutanées de ce malade s'étaient développées, malgré un traitement suivi. La chéloïde des muqueuses est née *malgré le traitement* institué ici. Entré le 25 novembre, il a été soumis, après quelques piqûres de biiodure, à une première série de 20 frictions mercurielles (1^{er} au 20 décembre) et, après un arrêt de 15 jours, à une deuxième série de 10 frictions qu'on arrêta devant la complication d'une stomatite naissante. Depuis le début de janvier, il a pris, en outre, à doses croissantes, 6 grammes d'iodure par jour.

Spina ventosa syphilitique.

Par MM. GAUCHER et SABATIÉ.

Nous avons eu l'honneur de présenter, l'année dernière, à la Société de Dermatologie, un malade atteint de lésions cutanées et osseuses

multiples, parmi lesquelles quelques-unes reproduisaient aux doigts l'aspect typique du spina ventosa tuberculeux. Ce malade, qui pendant sept ans avait été considéré en effet comme bacillaire, était hérédo-syphilitique et a guéri entièrement par le traitement mixte. — Nous avons, à cette occasion, insisté sur la ressemblance si grande que présentent souvent les lésions osseuses de la syphilis héréditaire avec celles de la tuberculose.

L'observation, que nous relatons aujourd'hui, concerne une lésion analogue, mais survenue au cours d'une syphilis acquise.

M^{me} D., 27 ans, est atteinte d'une syphilis ignorée mais certainement acquise, car d'une part nous ne trouvons aucun stigmate héréditaire et d'autre part les seuls antécédents spécifiques que nous relevons chez elle datent de son mariage et sont : il y a 3 ans, la naissance d'un enfant né à 8 mois, mort à six semaines; et, un an après, une fausse couche de 3 mois et demi. Depuis, elle a eu un enfant, âgé de 15 mois aujourd'hui, bien portant, mais que nous n'avons pu examiner.

Depuis un an, elle porte à la face postérieure des deux coudes — et depuis huit mois sur la face dorsale du médius de la main gauche et à la région interdigitale de l'annulaire et de l'auriculaire de la main droite — des lésions qui sont des syphilides ulcéreuses typiques.

Depuis cinq mois, elle présente un gonflement de l'index de la main droite. Ce gonflement porte surtout sur la première phalange qui est énorme et presque doublée de volume; il diminue progressivement sur la deuxième phalange, le doigt ayant dans son ensemble un aspect fusiforme. A ce niveau, la peau est intacte et glisse sur la tuméfaction profonde, lisse, régulière, très dure et manifestement osseuse. Cette lésion est très douloureuse.

Nous avons vu cette malade pour la première fois le 6 janvier 1906 et nous l'avons soumise au traitement par des injections de benzoate, 2 centigrammes par jour; et 2 grammes d'iodure de potassium.

Aujourd'hui, après 24 jours de traitement, nous constatons que les syphilides ulcéreuses sont entièrement cicatrisées et que le gonflement de l'index a cessé d'être douloureux et a diminué de moitié. Le traitement sera continué jusqu'à la guérison.

Nouvel appareil protecteur localisateur pour radiothérapie, assurant la protection du médecin et du malade, nouveaux tissus protecteurs.

Par M. J. BÉLOT.

Les rayons de Röntgen sont, comme l'a dit Bécélère, une arme à deux tranchants. Méthodiquement appliqués à la thérapeutique et au diagnostic, ils peuvent rendre les plus grands services, mais ils sont capables, s'ils sont maniés par un opérateur inexpérimenté, de produire les accidents les plus graves. Ceux-ci, grâce aux instru-

ments de mesure, deviennent de plus en plus rares, et tout nous fait espérer qu'ils n'auront bientôt plus qu'un intérêt historique.

Mais à côté des radiodermites des opérés, il existe celle des opérateurs : il me semble que jusqu'à présent, on n'a pas assez insisté sur la réalité et la gravité des lésions que peuvent déterminer les rayons de Röntgen chez le médecin qui les manie journellement. Par suite, en France du moins, les dispositifs de protection sont assez rares, et, pour la plupart, très inconfortables. Il faut reconnaître que, sur ce point, nous sommes bien inférieurs à l'étranger. Sans parler de la fameuse cabine blindée qu'utilise Albers Schönberg, il existe toute une série de dispositifs de protection, consistant en écrans, tissus, costumes, casques, lunettes, etc., etc., dont on a pu voir des spécimens plus ou moins heureux au Röntgen-Kongress de Berlin (1903).

Quelques praticiens étrangers, émus à juste titre d'accidents mortels survenus chez quelques-uns de leurs confrères, ont adopté un appareillage, disposé de telle façon qu'ils peuvent commander leurs instruments à grande distance, retirés derrière un paravent en plomb, ou en verre plombique.

Dès les premiers essais que je fis à Broca, dans le service de M. le Dr Brocq, j'avais cherché à réaliser un dispositif assurant la protection du médecin. En même temps, je m'étais efforcé de lui faire atteindre un autre but.

On sait, en effet, que dans beaucoup de cas, on n'utilise qu'une faible partie du rayonnement émis par une ampoule. Le reste du faisceau est non seulement inutile, mais il faut soustraire les tissus sains à l'action de ces rayons que l'on peut appeler parasites.

A cet effet, on utilise des feuilles de plomb, convenablement découpées et mises au contact de la peau du malade. Ce procédé exige toute une série de lames protectrices ; en plus, par suite de leur poids et de leur aspect, les feuilles de plomb, même recouvertes de caoutchouc, sont mal acceptées par les malades : ceux-ci leur reprochent d'être lourdes et gênantes.

Aussi, avais-je fait construire, par le menuisier de l'hôpital Broca, des boîtes en bois, dans lesquelles j'enfermais mon ampoule. Deux orifices avaient été ménagés, l'un pour la sortie de l'osmo-régulateur, l'autre pour celle du faisceau utilisé. Pour arrêter toutes les radiations inutilisées, j'avais recouvert la boîte avec une feuille de plomb convenablement découpée.

J'avais constitué là, ce que l'on a appelé un localisateur ; on en a construit depuis un certain nombre de modèles.

Malheureusement, la plupart sont loin d'être parfaits. Le plus souvent, ils sont lourds et difficilement mobilisables.

Quelques-uns, plus réduits, ne permettent l'emploi que d'un certain modèle d'ampoule, ce qui constitue un sérieux inconvénient.

Enfin, presque tous les modèles existants, à moins qu'ils présentent de très grandes dimensions, détériorent rapidement les ampoules, par suite de phénomènes de condensation encore mal définis.

L'an dernier, j'avais fait construire par la maison GaiFFE un localisateur consistant en une boîte d'ébonite recouverte de plomb et épousant la forme de l'ampoule Chabaud. Cet appareil influençait peu les tubes faiblement résistants, mais n'était plus utilisable lorsqu'on désirait obtenir des rayons pénétrants; rapidement le tube oscillait, et fonctionnait irrégulièrement.

Après avoir recherché les causes de ce mauvais fonctionnement, nous sommes arrivés à établir un nouveau modèle, qui ne présente pas les défauts des appareils similaires.

Le choix, comme matière première, d'une substance à la fois opaque aux rayons X et complètement isolante, a permis d'éviter les inconvénients inhérents aux localisateurs métalliques. Dans ces derniers, les tubes arrivent d'une façon plus ou moins rapide, suivant les dimensions de l'appareil, à devenir instables et à durcir d'une façon anormale. *La suppression du métal a complètement évité la formation de champs électrostatiques entre le tube et son enveloppe, aussi l'ampoule peut-elle fonctionner normalement.*

Étant construit en matière isolante, le localisateur assure de ce fait la protection du patient contre les étincelles de la source à haute tension. Sa rigidité met le tube à l'abri des chocs, et sa disposition est telle qu'il permet d'utiliser facilement les régulateurs ordinaires de ces tubes et même de flamber l'ampoule si le besoin s'en fait sentir.

L'ensemble de l'appareil est constitué :

- 1° Par le localisateur lui-même;
- 2° Par les accessoires, comprenant : un pied support articulé et une boîte gainée destinée à contenir les ajutages.

Le protecteur en lui-même comprend plusieurs parties :

- 1° La calotte opaque aux rayons X;
- 2° La pince porte-ampoule fixée sur un double chariot;
- 3° Le centreur;
- 4° Les ajutages (4-5);
- 5° Le porte-pastille.

La calotte, de forme hémisphérique, opaque aux rayons X, présente deux orifices, l'un pour l'observation du tube et la fixation d'un porte-pastille radiométrique (Sabouraud-Noiré ou autre), l'autre livrant passage au faisceau utilisé et servant à mettre en place les divers ajutages. Elle est suffisamment grande pour contenir tous les tubes courants ayant un diamètre inférieur à 165 millimètres, quels que soient leur forme et leur genre de régulateur :

C'est ainsi qu'on peut utiliser à volonté soit une ampoule Chabaud soit un tube Müller.

Il résulte des expériences que j'ai faites avec M. Gaiffe, que l'opacité de ce protecteur est telle qu'il laisse à peine passer 1 à 2 p. 100 des radiations (rayons 6 à 7 Benoist). C'est là une opacité, sinon supérieure, du moins égale à celle des localisateurs existants.

La pince en bois qui porte l'ampoule est à deux filets de sens inverse. Elle peut servir à la fixation de tous les tubes ordinaires, quelle que soit leur forme et, grâce à ces deux filets, l'axe du tube se trouve toujours dans le plan passant par l'axe principal de symétrie du localisateur.

Comme, par construction, l'anticathode des ampoules se trouve sur l'axe du tube, il ne reste plus qu'à déplacer cette anticathode dans ce plan (grâce à l'ingénieux système de chariotage sur lequel est fixée la pince), de façon à lui permettre d'être toujours au point de rencontre de l'axe principal de symétrie du localisateur et de l'axe des ajutages.

Cette opération s'effectue en manœuvrant deux petits volants qui commandent les vis du chariot : celles-ci sont à quatre filets parallèles, dispositif qui rend très facile et très rapide le déplacement du tube.

Le centreur sert à placer l'ampoule dans la position convenable ; il se compose d'un tube à l'intérieur duquel on a fixé deux réticules métalliques qui projettent leur ombre sur un écran au platino-cyanure de baryum fixé dans le viseur.

Cet appareil se place sur l'orifice d'utilisation, et il suffit, en déplaçant le tube à l'aide du chariot, d'amener les ombres des réticules à se superposer, pour que, en remplaçant le centreur par les ajutages, ces derniers soient centrés par construction.

Les ajutages sont tous constitués par une pièce de la même substance que la calotte, se fixant exactement, par un simple ajustement à baïonnette, dans l'orifice du localisateur. Des tubes de cristal de diverses dimensions, opaque aux rayons X comme on le sait, sont scellés dans ces pièces. Ils permettent ainsi l'observation de la partie traitée.

Un diaphragme ajusté limite exactement le faisceau de rayons à un cône ayant pour base l'extrémité des tubes de cristal ; de cette façon les rayons ne frappent pas la paroi interne des tubes, et la production des rayons secondaires se trouve en partie supprimée.

De plus, le rapport entre le diamètre des ajutages et la distance du patient à l'anticathode est tel que le rayonnement est sensiblement uniforme sur les différents points de la surface irradiée. Ces tubes ont été construits en tenant compte des lois sur lesquelles j'ai précédemment insisté (1). La longueur des ajutages est gravée sur chacun d'eux : elle varie de 15 à 22 centimètres. D'ailleurs il

(1) *Archiv. d'électr. méd.* Le facteur distance en radiothérapie (Belot).

est possible, dans chaque cas particulier, de leur donner des dimensions spéciales. On peut ainsi atteindre facilement certaines lésions situées dans les cavités.

Le porte-radiomètre est destiné à supporter le réactif de l'appareil Sabouraud-Noiré⁽¹⁾. Il se compose d'une pièce d'ébonite de forme cylindrique qui présente sur une de ses bases un logement dans lequel la pastille peut entrer à force. Une petite rondelle de papier noir aiguille, fixé dans un petit bouchon d'ébonite, recouvre le réactif et le protège de l'action de la lumière. Sur le porte-pastille est gravée une graduation en centimètres indiquant la distance entre la pastille et l'anticathode : l'ensemble coulisse à frottement doux dans une pièce fixée sur l'orifice du protecteur. Un poussoir sert à expulser la pastille lorsque cette dernière a atteint la coloration désirée.

On peut de même utiliser tout autre réactif : il suffit de modifier le porte-pastille. La difficulté, l'impossibilité même de se procurer le chromoradiomètre d'Holzknacht ont fait que je n'ai pas cru utile de joindre à l'appareil un autre porte-pastille, mais il sera facile de l'établir quand nous aurons à notre disposition un autre réactif, ce qui ne saurait tarder.

L'ensemble des ajutages, du porte-pastilles et du centreur est disposé à l'intérieur d'une boîte gainée, en noyer ciré, qui permet le transport facile de ces appareils accessoires. On peut également placer à l'intérieur de cette boîte le radiochromomètre de Benoist et un carnet de pastilles Sabouraud-Noiré.

Quant au protecteur lui-même, il est tenu par un pied-support permettant de le disposer commodément dans toutes les positions.

A cet effet on a utilisé comme articulation une double genouillère qu'il est possible d'immobiliser par un serrage unique. La mobilité permise par ce genre de pied-support et le peu d'encombrement de l'appareil rendent faciles les applications radiothérapiques sur les régions les plus difficilement accessibles. Ce localisateur peut, du reste être monté sur tel support qui paraîtra préférable, soit même sur les dispositifs à pont roulant.

Au besoin cet appareil peut servir pour la radiographie ou la radioscopie. Un diaphragme genre Iris se monte à la place des ajutages, et permet de faire varier l'étendue du champ éclairé, ce qui est de toute nécessité si l'on veut obtenir des images nettes.

A côté des affections où il y a intérêt à localiser l'action des rayons de Röntgen, il en est d'autres où il y a tout avantage à agir sur les tissus sains en apparence qui avoisinent la lésion. Dans ces cas, on utilisera l'appareil sans tube localisant : on agira ainsi sur une plus

(1) La pastille doit toujours être placée à la moitié de la distance qui existe entre la partie traitée et l'anticathode du tube. Cette distance est gravée sur chaque ajutage.

grande surface, et néanmoins les autres régions, ainsi du reste que l'opérateur, seront à l'abri des rayons parasites.

En résumé, ce nouveau modèle de localisateur assure la protection du malade et du médecin; *il n'influence pas le fonctionnement des ampoules*, permet l'usage des principaux modèles courants et leur centrage automatique et absolu; enfin il facilite l'utilisation des instruments de mesure.

*
**

Lorsqu'on ne possède pas de localisateur, on protège les tissus sains à l'aide de feuilles de plomb ou de métal. Ce système de protection est également nécessaire si, tout en se servant du localisateur, la forme de la lésion est telle qu'on ne peut utiliser les tubes présentant une telle irrégularité qu'il est impossible d'avoir recours aux tubes localisants, dont la section est nécessairement discordante.

Les lames métalliques sont lourdes, peu agréables pour le patient; elles n'épousent pas exactement la forme des régions malades, et enfin, même en les recouvrant de caoutchouc, elles sont difficiles à nettoyer.

Sur ma demande, la maison Gaiffe a bien voulu étudier des tissus de caoutchouc spécial, opaques aux rayons X, et néanmoins souples et d'un poids relativement peu élevé. Après de nombreux essais, nous avons pu réaliser une sorte d'étoffe qui présente tous les avantages du plomb et n'en a aucun des inconvénients.

Son imperméabilité aux rayons de Röntgen est considérable, puisqu'elle laisse passer moins de 3 p. 100 des radiations qui arrivent à sa surface (6-7 Benoist) : c'est dire que la protection obtenue est complète; elle n'est pas plus efficace avec les feuilles de plomb minces généralement utilisées.

Une plaque 40×50 de ce caoutchouc pèse environ 900 grammes.

J'ai fait établir avec ce tissu des gants, tabliers et vêtements destinés à protéger les opérateurs, soit localement, soit complètement. Il est possible également de doubler certains vêtements (gilet, pantalon, corsage, tablier) avec cette étoffe et d'obtenir ainsi une protection certaine, sans tomber dans le ridicule des costumes complets utilisés en Allemagne.

Des plaques de ce caoutchouc, convenablement découpées, servent à protéger les tissus sains, en limitant le champ d'action de radiations: elles remplacent très avantageusement les lames de plomb, car elles n'ont pas, comme elles, l'inconvénient de se charger d'électricité et de produire une série de petites étincelles des plus désagréables, entre leurs bords et la peau du patient.

*
**

Je vous présente enfin un nouveau dispositif du radiochromomètre de Benoist, que j'ai fait construire pour mon usage personnel.

Les secteurs d'aluminium sont étalés sur un banc rectiligne fixe, et la lame d'argent montée sur un système à chariot, peut se déplacer parallèlement à l'échelle d'aluminium.

Un écran au platino-cyanure de baryum placé à l'intérieur de la bonnette (dont tout le dispositif forme le fond) permet d'observer les teintes.

Il suffit de faire glisser le chariot (portant la lame d'argent) le long de l'échelle d'aluminium, jusqu'à ce que les teintes données sur l'écran par chacun de ces deux métaux soient équivalentes. Un index marque le degré radiochromométrique.

Ce dispositif rend très facile et très rapide même en pleine lumière la mesure de la qualité des radiations utilisées.

M. SABOURAUD. — Dans l'emploi de la pastille tel que le pratique M. Belot, il existe une petite cause d'erreur. La teinte B n'est tout à fait exacte que quand on place la pastille sur une lame métallique.

M. BELOT. — L'objection de M. Sabouraud tombe de ce fait que la substance dont est composé mon localisateur est aussi opaque que le métal et doit se comporter comme lui. Du reste, le métal placé sous la pastille n'en modifie en rien le virage, ainsi que le prouve l'expérience; si une variation se produisait, elle ne serait due qu'aux rayons secondaires, ce qui fausserait le résultat.

Radiothérapie du lupus érythémateux fixe de la face.

Par MM. GASTOU et DECROSSAS.

Onze cas de lupus érythémateux fixe de la face, de siège variable (joues, menton, front, nez, oreille), ont été traités au laboratoire de la Clinique de la Faculté de médecine, dans le service de M. le professeur Gaucher.

Nous donnons l'observation résumée des malades et l'indication générale du traitement.

Dans les observations, la désignation *réaction légère* indique une réaction érythémato-squameuse ou pigmentaire; tandis que les mots *réaction intense* indiquent les réactions vésiculo-bulleuses exulcéreuses ou pseudo-membraneuses.

OBSERVATIONS. — OBS. I. — R..., 29 ans. — *Lupus érythémateux de la joue droite, datant de 3 ans.*

Traitement antérieur: pointes de feu et emplâtre de Vigo.

Traitement radiothérapique: commencé le 13 octobre 1905. — A fait 14 séances. — A chaque séance, la plaque a été prise en entier.

Octobre 1905 : 13, 20, 27. — Novembre 1905 : 3, 10, 17, 24. Réaction légère après 7 séances et 5 jours après la dernière.

Décembre 1905 : 1. Réaction intense 4 jours après. 15. Réaction nouvelle. — Janvier 1906 : 19, 26.

Placard très affaissé, le bourrelet périphérique a disparu sauf en un point à la partie supérieure. Grande amélioration.

Obs. II. — M^{me} P..., 33 ans. — *Lupus érythémateux du nez, datant de 8 ans.*

Traitement antérieur : pointes de feu.

Traitement radiothérapique : commencé le 12 mai 1905. — A fait 20 séances. — Mai 1905 : 12, sur le nez. 18, sur le nez. Réaction sur le nez. 25, sur le nez. — Juin 1905 : 26, sur le nez. — Juillet 1905 : 3, sur le nez, 10 sur le nez. Réaction.

Août 1905 : 4, sur le nez. Réaction très intense. — Repos. — Novembre 1905 : 14, racine du nez. 18, aile gauche du nez. 25, dos du nez. 29, aile gauche.

Décembre 1905 : 4, dos du nez. Réaction légère à la base du nez, 16 jours après séance. 7, base du nez. Réaction légère en ce point 3 jours après. 11, aile gauche en bas. 16, aile gauche en bas. 21, aile gauche en bas. 27, aile gauche en bas. Réaction sur l'aile gauche et en bas. — Janvier 1906 : 9, aile gauche du nez. 18, aile gauche dans le sillon. 24, aile gauche dans le sillon.

Obs. III. — M^{me} B..., 32 ans. — *Lupus érythémateux du nez, des lèvres, de l'oreille gauche, datant de 6 ans.*

Traitement antérieur : scarifications, haute fréquence, radiothérapie (15 séances), électrolyse.

Traitement radiothérapique : commencé le 17 octobre 1905. — A fait 11 séances. — Octobre 1905 : 17, aile gauche du nez. 25, aile gauche du nez. Réaction, sur l'aile gauche surtout en haut.

Novembre 1905 : 15, aile gauche du nez. 21, aile droite du nez. Réaction légère sur tout le nez, 8 jours après, 1 séance. 28, oreille gauche.

Décembre 1905 : 5, aile gauche du nez. Réaction sur l'aile gauche 2 jours après, 1 séance. Réaction légère sur l'oreille gauche, 1 séance. 18, sur l'oreille gauche. Réaction continue surtout à gauche.

Janvier 1906 : 8, racine du nez. Réaction continue sur le nez, légère à l'oreille. 15, aile droite du nez. 22, bout du nez. 29, aile gauche à la racine du nez. Réaction légère sur l'aile droite et à la racine du nez.

Rougeur diffuse du nez avec placards de peau saine où la lésion a disparu.

Obs. IV. — M^{me} V..., 31 ans. — *Lupus érythémateux, datant de 11 ans.*

Traitement antérieur : scarifications et photothérapie.

Traitement radiothérapique : commencé le 29 août 1905. — A fait 35 séances.

Août 1905 : 29, joue gauche. 31, joue droite. — Septembre 1905 : 2, sur le nez. 9, région temporale droite. 12, région temporale gauche. 14, sur le front côté gauche. 21, sur le front. 23, sur le front côté droit. Réactions intenses sur certains points. 27, joue droite. 28, joue gauche. 30, oreille droite.

Octobre 1905 : 4, oreille gauche. 5, tempe droite. 12, front gauche. 19, joue droite. 21, tempe droite. Réactions intenses avec œdème.

Novembre 1906 : 7, joue droite. 9, joue droite. 11, joue gauche. 16, joue gauche. 21, front au-dessus de l'œil droit. Réaction intense en tous ces points. 23, front côté gauche. 28, oreille droite. Réactions intenses au front côté droit, les autres continuent. 30, joue gauche partie inférieure.

Décembre 1905 : 12, sous œil droit. Réaction 48 heures après sous œil droit, 1 séance. 16, joue gauche partie inférieure. Réaction joue gauche et en bas, 2 séances. 19, en avant oreille droite. 21, en avant oreille gauche. 23, au-dessus de l'œil droit. Réactions précédentes continuent.

Janvier 1906 : 2, front gauche. Réactions continuent. 9, sur le nez. 11, joue gauche près de la commissure des lèvres. 13, joue droite près de la commissure des lèvres. 17, les réactions sont à peu près guéries. 26, reprise du traitement.

Dans ce cas les réactions ont été très intenses mais très rapides comme évolution.

Obs. V. — M^{me} V..., 36 ans. — *Lupus érythémateux de la face, datant de 10 ans.*

Traitement antérieur : pommades, haute fréquence, radiothérapie (20 séances), électrolyse, photothérapie (5 séances).

Traitement radiothérapique : commencé le 9 décembre 1905. — A fait 12 séances. — Du 5 au 8 décembre, séances de photothérapie.

Décembre 1905 : 5, oreille droite. 6, en avant oreille gauche. Réaction légère sur l'oreille, 1 séance. 7, tempe gauche. 8, front angle externe de l'œil gauche. Réaction légère à l'oreille droite, en avant de l'oreille gauche, au front, 1 séance par région.

Décembre 1905 : 9, joue gauche près du nez. Réaction 48 heures après, 1 séance. 13, joue gauche au-dessus de la précédente. Réaction intense sur toute la joue gauche 48 heures après 1 séance. 16, lobule de l'oreille droite. Réaction sur l'oreille, 1 séance. 19, en avant de l'oreille gauche. 20, derrière l'oreille gauche. PHOTOTHÉRAPIE. 22, derrière l'oreille gauche. Réactions intenses sur tous les points précédents. 28, haut du front à droite. Réactions disparaissent à l'oreille et à la joue gauche.

Janvier 1906 : 2, sur la paupière gauche. Réactions se calment. 9, tempe droite près de l'oreille. 12, sur le front au-dessus de l'œil gauche. 17, sur l'oreille droite. 18, derrière l'oreille droite. 30, derrière l'oreille gauche.

Actuellement, la plupart des points traités, surtout sur la face, donnent l'apparence de la guérison.

Obs. VI. — M. K..., 43 ans. — *Lupus érythémateux de toute la face et des oreilles datant de 2 ans et demi.*

Traitement antérieur : permanganate de potasse, scarifications, photothérapie.

Traitement radiothérapique : Commencé le 25 septembre 1905. — A fait 20 séances.

Septembre 1905 : 25, 28, joue droite. — Novembre 1905 : 4, joue gauche, 8, aile gauche du nez. 15, aile gauche du nez. Réaction légère sur les 3 points précédents, 1 séance, 2 séances. 22, joue droite sous l'œil. 38 pommette gauche. — Décembre 1905 : 1, sous la pommette gauche. Réactions précédentes continuent et deviennent très intenses. 6, joue gauche près du nez. 9, en avant oreille droite. Réactions sous l'œil droit et gauche, 2 séances. 13, sous

oreille gauche. Réactions en avant oreille droite 1 séance. 18, sur le dos du nez. 20, sous l'oreille gauche. Réactions précédentes plus réaction sur le nez, 1 séance. 28, sur l'œil droit. — Janvier 1906 : 3, tempe gauche. 13, tempe gauche près de l'œil. Réactions continuent sur les joues. 15, joue droite, en avant de l'oreille et en bas. 18, pommette droite près de l'œil. Réactions sont moins vives. 20, pommette gauche près de l'œil. 26, sur le nez.

L'intensité des réactions chez le malade a été particulièrement forte, avec exulcérations pseudo-membraneuses et saignantes d'aspect diphtéroïde.

Leur évolution s'est faite, rapidement, normalement, sans suppuration.

Le malade étant hospitalisé a reçu des soins aseptiques continus : pulvérisations et compresses bouillies en pansement.

Obs. VII. — M. L..., 46 ans. — *Lupus érythémateux siégeant sur les joues et les oreilles datant de 9 mois.*

Traitement antérieur : radiothérapie, teinture d'iode, acide acétique.

Traitement radiothérapique : commencé le 3 novembre 1905. — A fait 6 séances.

Novembre 1905 : 3, côté droit du cou. 10, côté gauche du cou. 25, côté droit du cou. Réaction légère sous l'oreille gauche, après 1 séance.

Décembre 1905 : 8, derrière l'oreille gauche. 15, sous l'oreille droite. Réaction légère sous l'oreille droite, après 3 séances.

Janvier 1906 : 4, derrière l'oreille gauche.

Pas de modifications sensibles. — Réagit peu aux rayons X.

Ce malade a sur le corps des lésions disséminées qui rentrent plutôt dans les séries des tuberculoses cutanées proprement dites.

En outre, il fait de la pyodermite sous forme furonculaire.

Obs. VIII. — M^{me} V..., 30 ans. — *Lupus érythémateux du nez, datant de 10 ans.*

Traitement antérieur : pointes de feu, scarifications, grattages. Radiothérapie (guérison puis récurrence), photothérapie.

Traitement radiothérapique : commencé le 8 novembre 1905. — A fait 7 séances.

Novembre 1905 : 8, aile droite du nez. Réaction 10 jours après.

Décembre 1905 : 8, aile gauche du nez. 22, aile droite du nez. 28, à droite au-dessous du nez, au-dessus de la lèvre.

Janvier 1906 : 4, pointe du nez côté gauche. 16, dans le sillon du côté droit. 27, point sous le nez et à gauche. Réaction légère dans le sillon droit 9 jours après et au bout du nez du côté gauche.

Obs. IX. — M. W..., 37 ans. — *Lupus érythémateux de la face et des oreilles, datant de 3 ans.*

Traitement antérieur : emplâtre de Vigo, ichtyol, photothérapie.

Traitement radiothérapique : commencé le 2 mai 1905. — A fait 40 séances.

Mai 1905 : 2, joue gauche. 3, 5, 6, 8, 10, 12, oreille gauche. 13, 15, 16, 17, sur le menton. 19, derrière l'oreille gauche. 22, 23, menton. Réaction légère sur toute la joue et l'oreille gauche.

Toutes ces séances n'ont duré que 20 minutes ; à partir du mois de juin, les séances ont été de 35 minutes.

Juin 1905 : 16, 23, joue gauche. Réaction intense sur la joue gauche. —

Juillet 1903 : 18, 20, joue gauche près du nez. Réaction sur la joue gauche près du nez, 2 séances. 21, commissure gauche. 22, sur le nez. 26, joue gauche près du nez. 27, joue droite près du nez. Août 1903 : 1, oreille droite. 2, joue droite grosse plaque. 3, joue droite petite plaque près de la moustache. 5, lobe de l'oreille gauche. 7, sur le nez. 8, joue droite grosse plaque. 9, région temporale droite. 10, 11, 12, 16, tempe gauche. 17, près de l'œil gauche. 19, 21, 22, joue droite. 24, 26, joue gauche. Réactions de la joue droite, du nez, du menton, de l'oreille gauche qui deviennent très vives. — Repos. — Octobre 1903 : 11, 2 séances, joue droite et gauche. *Petites réactions 15 jours après.*

Guérison à peu près complète à ce moment-là.

Ce cas est des plus intéressants au point de vue de la comparaison entre l'action de la photothérapie et des rayons X et de l'effet des deux traitements successifs associés.

Le malade avait fait antérieurement des séances de photothérapie (appareil Lortet-Genoud) de deux heures et plus et avait des réactions bulleuses faiblement curatives, alors qu'en 20 minutes sur d'autres points les rayons X donnèrent une réaction curative rapide.

En outre, les rayons X appliqués sur des points traités antérieurement par la photothérapie ont donné des réactions beaucoup plus rapidement qu'aux points similaires traités seulement par les rayons X seuls.

Obs. X. — M. H..., 28 ans. — *Lupus érythémateux des joues et des oreilles, datant de 6 ans.*

Traitement antérieur : pommades, photothérapie (100 séances).

Traitement radiothérapique : commencé le 16 novembre 1903. — A fait 5 séances.

Novembre 1903 : 16, joue gauche partie supérieure. — Janvier 1904 : 5, joue gauche partie supérieure et postérieure. 16, en avant de l'oreille gauche. 22, en avant de l'oreille droite. 26, sur la joue droite.

Pas de modifications nettes jusqu'à ce jour.

Obs. XI. — M^{me} S..., 46 ans. — *Lupus érythémateux de la joue droite, datant de 11 ans.*

Traitement antérieur : scarifications, puis pommades.

Traitement radiothérapique : commencé le 3 décembre 1904. — A fait 11 séances.

Décembre 1904 : 5, 7, 14, 21, sur la joue droite. — Janvier 1905 : 11, 13, 27, sur la joue droite. — Février 1905 : 3, sur la joue droite. Réaction commence légère puis s'accroît. Repos jusqu'au 22 avril 1905. — Avril 1905 : 22, sur la joue droite partie supérieure. — Mai 1905 : 11, 27, sur la joue droite partie supérieure. La réaction commence. Elle a été extrêmement intense, avec impétiginisation et érythème ecchymotique, séborrhée et douleurs tolérables.

A cette date, la radiodermite est guérie, il reste encore quelques rares points lupiques.

La technique employée a été uniforme pour chaque malade, interrompue seulement dans l'ordre et la fréquence par les réactions locales individuelles.

La source utilisée était le courant continu à 110 volts, avec réducteur du potentiel Radiguet, interrupteur Contremoulins-Gaiffe ; voltage 20, ampérage 5, étincelle équivalente 4 ; distance du sujet à l'anticathode 15 centimètres. Durées des séances, variant entre 20 et 35 minutes jusqu'à obtention de la teinte radiométrique 5.

Les séances avaient lieu en moyenne tous les 7 jours sur le même point, avec absorption de 5 H par point et par séance, jusqu'à production de radiodermite.

La radiodermite a été, dans tous les cas, volontairement provoquée. Elle s'est manifestée, suivant les sujets, les régions, la variété du lupus, entre la 1^{re} et la 5^e séance, généralement après la 3^e.

Elle débute, en général, par des sensations de démangeaison, picotement ou brûlure qui sont suivies, dans les 24 ou 48 heures, de réaction cutanée de formes variables :

- 1^o Érythémato-squameuse.
- 2^o Pigmentaire, presque purpurique.
- 3^o Vésiculo-bulleuse.
- 4^o Exulcéreuse.

La réaction n'est donc pas toujours assimilable à l'effet d'une brûlure, elle donne l'impression souvent d'une eschare superficielle, comme le ferait une réaction électrolytique : ce qui fait penser que l'action des rayons X serait à la fois physique et chimique.

La durée de la réaction varie entre 1 et 6 semaines ; 3 semaines est la moyenne ; dans un cas, elle a duré 6 mois.

L'évolution n'est généralement pas douloureuse. Si la réaction est érythémateuse, elle donne l'apparence, dans la suite, d'une séborrhée congestive intense, à squames plus ou moins épaisses. Pigmentaire, elle s'éteint progressivement. Vésiculo-bulleuse, elle aboutit souvent à l'ulcération analogue à la réaction escarrotique. Celle-ci se recouvre d'une fausse membrane, d'aspect lardacé, qui disparaît progressivement des bords au centre, en même temps que se produit la régression du lupus.

La rapidité d'évolution de la réaction dépend de la région traitée, de l'état préalable infectieux ou non de la peau, de l'état antérieur du sujet.

Dans les parties où la peau est mince, où il existe des plans osseux ou cartilagineux sous-jacents, la réaction est rapide comme apparition et évolution. La suppuration est la conséquence d'un état pyogène antérieur de la partie traitée ou du manque de soins aseptiques, consécutifs à la radiothérapie.

La photothérapie préalable, antérieure à l'application des rayons X, semble faciliter leur action, rendre les réactions plus faciles et plus courtes, par suite, abréger la durée du traitement.

Les résultats curatifs sont, en général, des plus satisfaisants : avec 13 à 20 H, en moyenne, une région traitée présente, un mois à six semaines après, au lieu du lupus, une peau lisse, de teinte normale, souple, nullement cicatricielle.

Il est, dans certains cas, nécessaire de revenir deux fois sur le même point. Nous n'avons jamais obtenu d'accidents et il n'y a eu de cicatrices que par le manque de soins consécutifs ayant entraîné de la suppuration.

Le seul inconvénient de la méthode est l'impossibilité de prévoir l'intensité, la forme et la durée de la réaction.

En résumé, il nous semble pouvoir conclure : que la radiothérapie pratiquée avec la technique que nous avons employée, est le traitement le plus rapide et le plus actif du lupus érythémateux. La seule expérience à faire est relative à la possibilité de récidives que nous n'avons pu constater, étant donnée l'application trop récente de la méthode. Deux cas, traités et guéris depuis près de 2 ans, n'ont pas récidivé.

M. LEREDDE. — La question du traitement du lupus érythémateux par la radiothérapie est des plus importantes, puisque l'affection est souvent incurable par toutes les méthodes. Le sujet a du reste été étudié déjà à l'étranger et même en France.

Pour ma part, j'ai soigné un grand nombre de malades depuis deux ans et je puis arriver à des conclusions précises que je me réserve de développer du reste dans un travail prochain. La radiothérapie *pratiquée suivant une certaine technique* est une excellente méthode de traitement du lupus de Cazenave et permet de guérir 83, peut-être 90 p. 100 des cas *dans les formes rebelles, dans les types graves* du lupus érythémateux fixe.

La statistique dont je possède les éléments est particulièrement intéressante parce qu'elle concerne, dans un certain nombre de cas, des malades ayant résisté à la photothérapie bien faite et qui ont guéri dans la suite par la radiothérapie. Or la photothérapie, d'après les statistiques de Finsen et les miennes, donne dans le lupus érythémateux 50 p. 100 de guérison. Je parle de guérisons stables, résistant à l'épreuve du temps.

La technique que j'ai suivie à l'Établissement dermatologique diffère de celle de M. Gastou et est beaucoup plus sévère ; je fais absorber par la peau 10-12 unités H par séances couplées et je reprends le traitement au bout de vingt à trente jours, quand toute réaction apparente a disparu. On aboutit ainsi, en trois ou quatre séries, à une cicatrisation régulière qui est, à mon avis, nécessaire pour qu'on puisse déjà parler de guérison. Quelquefois il faut recommencer le traitement au bout de plusieurs mois sur quelques points.

On provoque naturellement par cette technique des radiodermites, *mais de celles qu'on a le droit de rechercher en thérapeutique*, lorsque l'affection que l'on soigne exige une action profonde et ne peut être guérie qu'à la condition d'une sclérose superficielle. Les réactions inflammatoires produites par les rayons X peuvent être recherchées, à la condition d'éviter les douleurs profondes et tenaces ; les eschares même pourraient être détermi-

nées dans un but thérapeutique si elles ne s'accompagnaient pas de ces douleurs, ce qui n'est pas. Quand on traite un lupus érythémateux, comme un lupus tuberculeux, par 10-12 unités de Holz knecht, on observe de la rougeur, une ulcération, une certaine sensibilité : le tout guérit en moins d'un mois. On a le droit de rechercher des réactions de cet ordre dans des cas que l'on traitait autrefois par les caustiques les plus énergiques.

Naturellement il faut prendre les plus grandes précautions pour éviter les accidents. Je n'ai eu pour ma part d'accidents dus aux rayons X que dans des cas de lupus que je voulais guérir, parce qu'ils résistaient à tous les moyens. Ces accidents n'ont pas eu, du reste, une grande importance, sauf dans un cas où les douleurs ont persisté pendant plusieurs mois.

Il faut éviter, bien entendu, de superposer et de croiser les aires soumises à la radiothérapie à doses fortes. Le cuir chevelu est une région dangereuse et où on ne peut employer d'une manière réitérée des doses élevées de rayons X. A ce niveau, la guérison complète du lupus érythémateux a, du reste, beaucoup moins d'importance qu'à la face, et on peut se résigner à ne pas l'obtenir quand deux séries d'applications radiothérapiques, répétées à un mois d'intervalle, ne semblent pas avoir amené une transformation suffisante.

M. DANLOS. — La résistance des tissus paraît fort variable : même en me tenant dans les limites de 5H j'ai eu des radiodermites et, malgré des pansements attentifs quelques malades ont suppuré. Certains malades paraissaient guéris et cependant leur affection a récidivé. Quant à la douleur, je suis étonné que M. Leredde puisse l'éviter à volonté, car je l'ai vue se produire avec des doses relativement faibles.

M. BELOT. — On ne peut obtenir la guérison que par un traitement violent. Le mieux est de faire d'emblée une séance intense de 8 à 9 ou 10 unités H. On doit avoir soin de ne pas empiéter d'une fois à l'autre sur la partie déjà traitée. La guérison est d'ordinaire accompagnée de production de tissu cicatriciel et il survient parfois des télangiectasies disgracieuses dues à la répétition très fréquente des séances.

M. LEREDDE. — Parmi les douleurs consécutives à la radiothérapie, il en est de superficielles et de tenaces, qui ne doivent pas empêcher d'employer des doses fortes quand cet emploi est nécessaire à la guérison. Mais on doit éviter à tout prix les douleurs tenaces, profondes, qui sont dues à des doses trop élevées. Quant à la cicatrice, elle est l'aboutissant nécessaire d'un traitement qui mène au succès, les télangiectasies ne doivent pas arrêter l'opérateur.

M. DARIER. — Il faudrait remarquer que ce qui vient d'être dit ne s'applique pas à tout lupus érythémateux ; certaines variétés ne sont pas justiciables de la radiothérapie. Il en est qui guérissent sous l'influence de pâtes résorcinnées, d'applications de savon noir, de solutions phéniquées concentrées, etc. ; d'autres résistent à tout et on ne peut dire d'une façon générale que la rapidité de la cure soit plus grande par la radiothérapie. Pour se bien rendre compte de l'efficacité relative des moyens mis en œuvre, le mieux est de faire un héli-traitement parallèle, appliquant la radiothérapie d'un côté, une autre méthode de l'autre.

Ulcération tuberculeuse de la vulve, chez une fillette de 11 mois.

Par MM. AUDRY et COMBÉLÉBAN.

D'une manière générale, les tuberculoses de la vulve sont rares ; elles le sont plus encore si l'on fait abstraction de celles qui sont secondaires à des altérations de voisinage, intestinales ou autres.

Pour ma part, je n'ai encore rencontré qu'un seul cas de lupus vulvaire. Il est vrai que ces cas doivent passer parfois inaperçus. En effet, chez cette malade, la lésion était complètement dissimulée sous une plaque de leucoplasie bien circonscrite, et il fallut l'examen microscopique pour en révéler la nature. (De fait, ces *leucoplasies surtuberculeuses* ne sont pas très exceptionnelles, et j'en ai rencontré et présenté, ici même, un exemple observé à la langue). Quant aux ulcérations tuberculeuses, elles paraissent encore plus exceptionnelles. Deschamps en a signalé un cas chez une phthisique qui présentait une altération semblable de la main. Nous n'avons pas fait de recherches bibliographiques assez étendues pour donner une idée exacte des connaissances actuelles à ce sujet. Toutefois, nous nous croyons autorisés à considérer comme rare l'observation que voici :

Noémie B..., âgée de 1 an, a été nourrie au sein, un peu irrégulièrement mais sans accidents. Vers le milieu de décembre 1905, la mère s'aperçut par hasard que l'enfant, alors âgée de 11 mois, présentait une tuméfaction dans le pli inguinal droit. Cette tuméfaction rougit, et s'ouvrit spontanément pour laisser sortir du pus. C'est le 10 janvier seulement que la mère, encore par hasard, constata sur la fillette l'existence d'une ulcération de la vulve. L'interrogatoire le plus minutieux ne permit pas de découvrir un mécanisme d'inoculation quelconque.

À l'entrée de l'enfant, on constate un état général satisfaisant.

Dans le pli inguinal gauche, deux gros ganglions indolents et non ramollis.

Dans le pli inguinal droit, tuméfaction volumineuse et diffuse, présentant à son sommet une ouverture circulaire à bords un peu violacés et déchiquetés. Cette ouverture conduit dans une cavité anfractueuse contenant du pus et des débris blanchâtres qui sont évidemment des masses ganglionnaires en voie d'élimination.

Sur la vulve, on découvre une ulcération qui en occupe la moitié droite ; elle s'arrête au bord de l'orifice hyménéal et du méat urétral et ne paraît pénétrer ni dans l'un ni dans l'autre. Elle occupe une grande partie de la face interne de la petite lèvre, le reste en est tuméfié et d'un rouge violacé.

L'ulcération est souple, superficielle, bourgeonnante, irrégulière, recouverte d'un exsudat jaune ; les bords n'en sont pas creusés. Les bords de la petite lèvre qui avoisinent la plaie ne sont pas ulcérés eux-mêmes ; ils sont semés de petites granulations d'un blanc jaune, extrêmement fines, encore recouvertes d'épiderme. Il est difficile de savoir si la lésion est douloureuse ;

le fait est que l'enfant crie beaucoup si on l'examine; mais la mère n'avait pas remarqué qu'elle parût souffrir quand on la lavait.

Rien aux poumons ni à l'anus. Appareil digestif normal.

On songe d'abord à un chancre simple, mais l'inoculation reste négative.

On en vient alors à l'hypothèse d'une ulcération tuberculeuse : on excise un petit bourgeon qui, fixé, inclus et coupé, apparaît fourmillant de cellules géantes et de nodules tuberculeux ! On examine alors la mère avec soin. Rien dans ses organes génitaux; elle se plaint seulement de maigrir et de tousser depuis quelque temps : on constate au sommet gauche des signes certains de ramollissement (matité, craquements humides, etc.). On lui donne un crachoir et l'on s'aperçoit qu'elle crache; ses crachats sont une purée de bacilles ! Elle n'avait jamais songé à consulter un médecin.

Anesthésie; évidemment et nettoyage de la plaie inguinale. Excision de la petite lèvre infiltrée; cautérisation et raclage de la plaie vulvaire.

Pour la mère, repos, etc.

Suites opératoires simples.

L'examen microscopique du fragment de la petite lèvre montre que cette dernière était complètement infiltrée d'innombrables follicules tuberculeux à tous degrés de développement.

La mère affirmait n'avoir jamais fait la toilette de l'enfant qu'avec des linges propres. Elle-même ne porte aucune lésion tégumentaire de nature tuberculeuse. Elle a un autre enfant de 3 ans bien portant. C'est une buveuse de vin (revendeuse). Le père ne paraît pas être tuberculeux (?).

Il est à noter que des faits de ce genre sont relativement communs chez les nourrissons mâles, grâce aux inoculations consécutives à des circoncisions rituelles, suivies de succion et pratiquées par des opérateurs tuberculeux. Demme en a rencontré 2 cas chez des fillettes de 7 et 13 mois.

Il est à peu près certain que l'enfant a été inoculée par sa mère; aussi l'ignorance ou celle-ci était de sa propre phtisie, la quantité de bacilles contenus dans son expectoration suffisent à expliquer le mécanisme.

On notera que l'envahissement ganglionnaire a été souvent rencontré chez les petits garçons inoculés par la circoncision, et que M. Hamburger le mentionne chez une fillette de 3 ans qui présentait une ulcération tuberculeuse de la fourchette (1).

Sur une dermite végétante avec éléphantiasis entée sur une asphyxie locale mutilante des extrémités.

Par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP.

Il y a un singulier contraste entre les deux ordres d'altérations dont ce malade est atteint :

Nous résumerons, ainsi qu'il suit, son observation :

(1) In *Semaine médicale*, 24 janvier 1906, p. 46.

Le nommé Jules L..., 54 ans, entré salle Bazin, lit n° 25.

Le début de la maladie remonte à 1 an.

Le malade déclare que les premiers symptômes ont été des douleurs violentes, cuisantes au niveau du gros orteil. Les chaussures en exagéraient l'intensité. A ce moment, on ne voyait aucune lésion et, les souliers enlevés, les douleurs disparaissaient.

Deux ou 3 mois après, le pouce et le 5^e orteil du pied droit sont devenus livides et très douloureux; 8 mois après, ils tombaient laissant à leur place une large ulcération.

Petit à petit, les lésions actuelles ont envahi les deux jambes. Au début, le malade n'a remarqué qu'une simple tuméfaction; quelque temps après, ont apparu des altérations d'aspect squameux sur les deux jambes, en même temps que l'ulcération consécutive à la chute du gros orteil s'étendait progressivement.

Les douleurs, elles aussi, devenaient plus intenses; elles avaient leur maximum à la partie postérieure de la jambe; la pression ne les augmentait pas.

Actuellement :

Les membres inférieurs sont recouverts d'épaisses concrétions croûtellosquameuses, friables et de couleur jaunâtre. Au niveau des cou-de-pied, elles sont disposées en saillies transversales; on dirait des ficelles placées parallèlement d'environ 1 millimètre de diamètre et séparées par des sillons; l'épiderme sous-jacent paraît peu altéré.

Sur le dos du pied, les croûtelles sont irrégulièrement polygonales, épaisses de 1 millimètre environ; le derme sous-jacent est épaissi et, par places, le siège de sillons superficiels dessinant des flots irrégulièrement polygonaux.

Toute la jambe est recouverte de concrétions croûtellosquameuses semblables, séparées par des sillons et atteignant jusqu'à 2 ou 3 millimètres d'épaisseur. Au-dessous d'elles, le derme est rouge avec tendance au suintement; il présente de nombreuses petites saillies végétantes. Il est également le siège de sillons plus profonds qu'au pied, mesurant jusqu'à 5 millimètres de diamètre et dessinant des saillies irrégulièrement [polygonales qui atteignent 2 ou 3 centimètres dans leurs plus grandes dimensions.

A gauche. — L'ablation de ces épaisses croûtellosquames jaunâtres, rappelant l'aspect d'écorces d'arbres, laisse à découvert une surface rouge inégale, végétante, cloisonnée par des sillons en surfaces polygonales de 1 à 2 centimètres de diamètre, rectangulaires, triangulaires ou irrégulièrement quadrilatères. L'épiderme sous-jacent est manifestement très épaissi, particulièrement aux dépens de sa couche cornée.

A droite. — Le dos du pied, la partie antérieure du cou-de-pied et la jambe sont hérissés de saillies végétantes tubéreuses, rougeâtres, suintantes, les unes isolées, la plupart confluentes. Ces dernières forment des bourrelets transversaux qui atteignent 8 millimètres de hauteur et dont le diamètre vertical varie de 5 à 15 millimètres, les dimensions transversales égalant celles de la partie antérieure de la jambe. A côté de ces saillies, on en trouve de plus petites, du volume d'un grain de millet. Elles sont nombreuses, confluentes sur tout le dos du pied et des orteils.

Une partie des concrétions sont brunâtres et humides. Le derme sous-jacent est le siège de nombreuses saillies, comparables à celles du pied, l'altération s'étendant jusqu'au niveau du genou.

A la plante du pied, les croûtelles sont plus minces ; elles s'accompagnent de nombreuses fissures de la peau.

Au niveau du gros orteil, il reste un morceau de phalange du volume d'une petite noisette. La face dorsale du pied, élargie, mesure, du bord interne du pouce au bord externe du petit doigt, 17 centimètres (à gauche 13 centimètres). L'épaisseur du pied est plus que doublée. Les orteils sont tous hypertrophiés : c'est ainsi que le deuxième mesure 10 centimètres de circonférence.

Toute la peau du métatarse est ulcérée et cette perte de substance à contours serpiginieux remonte latéralement à 4 centimètres au-dessus de l'articulation du 2^e orteil, s'étend en dehors jusqu'à près de la moitié de la face dorsale, et, sur la face plantaire, intéresse toute la partie qui correspond aux 2 premiers métatarsiens, mesurant 5 centimètres dans le sens antéro-postérieur, et en dehors s'étendant jusqu'à la ligne médiane.

Aux deux mains, surtout à gauche, on note une asphyxie locale des extrémités dont le début remonte à 3 ans. Les ongles présentent des altérations considérables ; celui du médius gauche est presque complètement tombé.

De même, aux oreilles, on remarque également de l'asphyxie locale.

Ainsi donc, on observe simultanément, chez ce malade, d'une part, des lésions d'atrophie et de régression qui vont jusqu'au sphacèle et à la chute complète de l'un des gros orteils, de l'autre une dermite végétante qui se traduit par la production de milliers de saillies tubéreuses, une énorme prolifération épidermique et l'augmentation de volume des membres que l'on peut qualifier d'éléphantiasique : il y a là une opposition d'autant plus frappante que c'est sur ce terrain éminemment atrophique de l'asphyxie locale que s'est développé le processus de végétation. Si nous cherchons l'explication de cette singulière contradiction, nous arrivons à admettre que, selon toute vraisemblance, des microbes générateurs d'hyperplasies cutanées ont trouvé dans ces membres, en état d'asphyxie locale, peut-être sous l'influence de cet état, un terrain favorable à leur multiplication et à leur action pathogénique ; nous invoquons surtout, en faveur de cette interprétation, la genèse, par un mécanisme analogue, des syphilides secondaires végétantes.

Comme autre particularité, nous noterons, chez ce malade, l'épaisseur considérable qu'atteignent, surtout à la jambe gauche, les concrétions croûtello-squameuses ; elle est d'autant plus digne de remarque, que l'épiderme sous-jacent est à peine excorié : c'est là un second problème que soulève l'histoire de ce malade.

Récidive de chancre induré ou ulcération tardive avec induration chondroïde.

Par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP.

Nous serons heureux d'avoir l'opinion de nos collègues sur la désignation de cette altération, qui au premier abord donne l'impression d'un accident primitif.

Louis B..., 44 ans, entré le 21 janvier 1906, salle Hardy, lit n° 50, vient à l'hôpital pour une ulcération siégeant dans la rainure balano-préputiale.

Cette ulcération est superficielle, ovale, à grand diamètre transversal, à fond lisse, rougeâtre et à bords indurés, cartilagineux. La pression en fait sourdre un liquide transparent. De chaque côté, on constate l'absence d'une pléiade ganglionnaire dans la région inguinale; cependant un ganglion est notablement tuméfié à droite. L'ulcération est sensible au toucher, mais spontanément indolore.

Le malade a eu, au mois de janvier 1900, un chancre induré pour lequel il a été soigné dans le service pendant plusieurs mois. Il a été atteint ensuite d'une roséole et de plaques muqueuses dans la bouche, à l'anus, et au scrotum; ces accidents, plusieurs mois après, l'ont amené de nouveau à Saint-Louis, dans le service du professeur Fournier.

Il n'y a guère que 18 mois que le malade n'a plus vu d'accidents secondaires.

Il assure que l'ulcération actuelle siége exactement au même endroit que l'accident initial, mais on sent à 1 centimètre à droite une induration qui en est sûrement le reliquat.

Le malade semble s'être soigné très irrégulièrement.

M. ALEX. RENAULT — J'ai vu fréquemment à Ricord des lésions de cet ordre, il s'agissait non d'un chancre mais de syphilides chancriformes. Les ganglions d'ailleurs manquent. S'il y avait un doute il serait levé par l'apparition ultérieure d'accidents secondaires; or ces accidents n'apparaissent pas.

M. FOURNIER. — Je ne saurais être d'avis qu'il s'agit ici d'un chancre. Cette lésion est celle que j'ai décrite sous le nom de *syphilome induré chancriforme*, dont tous les caractères sont ceux du chancre, à cela près de l'évolution ultérieure qui fait défaut. On peut trouver des accidents comparables qui ne présentent aucune trace d'ulcération; il existe alors seulement dans la peau une plaque indurée chondroïde.

M. DARIER. — Cet accident peut-il se présenter aux muqueuses et à la lèvre?

M. FOURNIER. — Oui, il existe aussi bien sur les muqueuses qu'à la peau.

M. HALLOPEAU. — Nous ne pouvons que nous en référer à la grande expérience de nos éminents collègues; nous avons confiance que nous pourrions constater ultérieurement l'absence d'une nouvelle poussée secondaire

Lymphadénome primitif ulcéré de la lèvre avec surinfection secondaire.

Par MM. BEURMANN et GOUGEROT.

Ce cas est l'association d'un « lymphadénome » et d'une surinfection buccale. Une crevasse reposant sur un nodule induré s'accompagnant d'un gros ganglion sous-maxillaire droit, dur, mobile, indolent, simule un chancre syphilitique. La crevasse devient une ulcération, se creuse et grandit, phagédénique; le ganglion suppure, s'ouvre à la peau, et cette ouverture devient ulcère phagédénique, par infection buccale surajoutée infectant le nodule primitif (phagédénisme secondaire). La gencive supérieure s'ulcère d'une ulcération semblable, phagédénique, qui envahit la lèvre supérieure (extension du processus ulcéreux phagédénique). Puis les ulcérations labiales grandissent toujours, une dissémination à distance se fait, en différents points du corps, de pustules d'ecthyma ulcéreux et phagédénique (dissémination par inoculation exogène [grattage] de la surinfection buccale). On parvient à faire régresser et cicatriser ces inoculations secondaires et l'ulcération ganglionnaire, mais les deux ulcérations labiales font d'effrayants progrès. L'organisme entier est infecté, ce que prouvent la fièvre et une légère albuminurie.

1) L'infection secondaire buccale a pu être reconnue dès le début.

Les microbes saprophytes de la bouche, si nombreux qu'on a peine encore à les identifier, ont infecté la lésion primitive « lymphadénique », exaltant leur virulence, associés, et sans qu'on ait pu reconnaître la part de chacun d'eux, ils ont contribué à l'ulcération du lymphadénome dont les tendances ulcéreuses semblent minimes. Le phagédénisme de la lèvre inférieure est donc plus fait de cette infection secondaire polymicrobienne que de l'évolution naturelle du lymphadénome. Un moment cette infection est restée localisée à son foyer primitif, puis elle a gagné la lèvre inférieure, et l'un des microbes de cette association, disséminé sur tout le corps, y a produit des ulcérations phagédéniques, stade terminal de pustules ecthymateuses. On a pu suivre pas à pas l'évolution clinique de ces pustules ecthymato-ulcéreuses, surprendre avant l'ulcère ecthymateux phagédénique terminal les stades de papules, vésicules et pustules; l'histologie pathologique a déterminé ce processus inflammatoire et nécrotique, la bactériologie a reconnu entre de nombreuses espèces associées un diplo-staphylocoque qui semble avoir le rôle prépondérant, mais elle n'a pu discerner si ce diplo-staphylocoque, qui seul sans association déterminait les pustules ecthymateuses, pouvait créer le phagédénisme ou s'il lui fallait l'aide d'une des nombreuses espèces que l'on rencontrait en même temps que lui au foyer primitif de la lèvre; l'expérimentation a en effet échoué, et l'on n'a pu résoudre ce point si intéressant de la pathologie du phagédénisme.

2) Difficile à déterminer est au contraire la lésion primitive sur laquelle s'est greffée cette infection buccale, surinfection qui imprime à la maladie et au processus histologique un caractère si particulier.

A s'en tenir aux descriptions classiques, avec Cornil et Ranvier, Brault, il faut admettre un lymphadénome, une tumeur, puisque l'on trouve un infiltrat de cellules lymphatiques dans un *fin réticulum conjonctif* analogue à celui des

ganglions. C'est là déterminer une lésion, le lymphadénome sans préoccupation étiologique : or au nom de l'étiologie, on doit faire quelques réserves. Nous devons cette notion si importante à M. Darier qui voulut bien passer plusieurs heures à l'examen de nos préparations, et que nous ne saurions trop remercier. Puisque l'on trouve, dit M. Darier, autour d'ulcération de pathogénie connue, tuberculeuse, syphilitique ou autre, des infiltrats lymphocytaires analogues à notre infiltration lymphadénique, on ne peut, en présence d'une ulcération d'origine inconnue (comme dans notre cas), affirmer qu'il s'agit de « lymphadénome ». Si l'ulcération et le nodule primitifs sont dus à une infection, infection d'ailleurs inconnue, cette infection a pu déterminer ces points lymphadéniques, comme le font tuberculose ou syphilis.

Est-ce donc un « lymphadénome » ou une infection d'origine inconnue déterminant des infiltrats lymphocytaires? Il paraît peut-être au premier abord que ce sont là deux termes inconciliables; à la réflexion, il apparaît que la différence est plus dans les mots que dans le fond. En effet, le lymphadénome ne doit plus être considéré comme une entité morbide, il n'est qu'une expression anatomique, une « lésion », que des causes multiples peuvent produire, et, parmi ces causes, des infections ou connues, tuberculose, ou inconnues. Tout infiltrat lymphocytaire dans un réticulum doit donc, d'après les définitions classiques, être appelé « lymphadénome », mais les causes n'étant pas univoques, il est permis de démembrer l'entité « lymphadénome » et de séparer quelques formes au nom de l'étiologie. Ne voit-on pas en effet d'autres processus anatomiques, histologiquement analogues (mais non toujours semblables), être provoqués par des causes diverses (sclérose, nodules embryonnaires, dégénérescences, etc.)? A côté du « lymphadénome-tumeur » dont la nature échappe encore, et qui peut être lui aussi infectieux, il faut mettre le « lymphadénome-réaction » de Dominici, secondaire à une infection connue ou inconnue et provoqué par elle.

En résumé, cette lésion primitive est un lymphadénome au sens classique du mot, autrement dit un infiltrat lymphoïde; mais il faut ajouter : *causé sans doute par une infection inconnue.*

Cette discussion dépasse les limites de ce cas particulier. Une série de faits ininterrompus semble relier entre elles ces tumeurs si discutées :

Il existe tous les intermédiaires entre le « lymphadénome-tumeur » ou infiltration lymphocytaire pure et sans réaction conjonctive, et les infiltrats lymphadéniques entourant des lésions de nature infectieuse ou « lymphadénome-réaction » accompagnée de réaction inflammatoire conjonctivo-vasculaire. Il est toutes les transitions entre les lymphadénomes et les lymphosarcomes (1), car proches des « lymphadénomes-réactions » sont les lymphosarcomes où la charpente conjonctive réagit suivant le mode inflammatoire, « lymphosarcome inflammatoire » de Dominici. Ces mêmes lymphosarcomes présentent des points où le tissu conjonctif devient « monstrueux », ou sarcomateux. Donc entre le « lymphosarcome à charpente sarcomateuse » et le « lymphosarcome inflammatoire » s'échelonnent une série de cas où la réaction monstrueuse conjonctive devient de plus en plus marquée. De

(1) Lymphosarcome égale infiltrat lymphoïde et ses dérivés dans une charpente conjonctive en réaction.

même entre le lymphosarcome à charpente sarcomateuse et le sarcome s'intercalent les cas de sarcomes où sont disséminés quelques nodules lymphoïdes, de plus en plus importants à mesure qu'on se rapproche du lymphosarcome.

Les rapports du mycosis sont si étroits avec la « lymphadénie » que beaucoup avec les Allemands les confondent, et sans doute le mycosis à tumeur primitive, de Vidal et Brocq, n'est qu'une variété de « lymphadénome (1) ». Ainsi se trouvent reliées entre elles, quelles qu'en soient les causes, *toutes ces réactions anatomiques du tissu conjonctif aux diverses périodes de son évolution.*

Tout l'intérêt d'un cas comme le nôtre ne provient pas tant de ce qu'il est le premier signalé de lymphadénome primitif de la lèvre, que de ce fait qu'il soulève ces questions de pathologie générale (2), et que se trouvant un cas intermédiaire, il permet de résoudre certains points.

I. — OBSERVATION. — L..., garçon boucher aux abattoirs, est âgé de 30 ans. Il n'a jamais été malade. Vers le milieu d'octobre 1905, il s'aperçut d'une crevasse à la partie médio-latérale de la lèvre inférieure, il remarque qu'elle repose sur une « grosseur » dure, un peu sensible, que l'on sent en prenant la lèvre entre les doigts. Le ganglion sous-maxillaire droit existe dès ce moment. 10 jours après, la crevasse est devenue une ulcération d'environ 6 à 8 millimètres; il vient à Saint-Louis, il entre-salle Hillairet (1^{er} nov. 1905).

La lèvre inférieure un peu tuméfiée saille en avant; à sa partie droite se dessine un assez gros nodule, que les doigts sentent facilement. Il est dur, un peu douloureux, assez nettement isolé du reste de la lèvre un peu enflammée et tuméfiée. Ce nodule sous-muqueux n'est ulcéré qu'à sa partie médiane; l'ulcération, peu profonde, est recouverte d'une croûte noirâtre hématique, autour d'elle sur le nodule la muqueuse est saine. Un gros ganglion sous-maxillaire droit, dur, mobile, indolent, déforme la région sous-maxillaire.

On croit à un chancre syphilitique ulcéré par infection de microbes buccaux: en effet, début par une crevasse reposant sur une induration, ganglion sous-maxillaire qui a tous les caractères du bubon satellite primaire.

L'ulcération s'étend malgré toute thérapeutique (bleu de méthylène, AzO_2Ag , ZnCl_2 ... HgCl_2 , etc.), devient douloureuse et s'accompagne de phénomènes généraux: il est pâle, se sent peu solide, il a mal à la tête et un peu de fièvre, 38°-38°5.

(1) Ce n'est pas parce que les cas sont analogues qu'il les faut confondre; on verra avec Dominici, quelles différences histologiques séparent le mycosis, le lymphadénome pur et notre « lymphadénome »; ce sont des faits de même ordre, mais distincts.

(2) Les auteurs reconnaissent au lymphadénome, son point de départ dans le tissu adénoïde normal: « Le lymphadénome des amygdales et de la base de la langue est dû à l'hyperplasie du tissu adénoïde qui existe normalement ». Rœtterer a décrit à la muqueuse labiale des ébauches de tissu lymphoïde, mais ce tissu lymphoïde serait surtout marqué dans les papilles où nous verrons que le processus pathologique est le moins marqué (de même que dans le mycosis et le lymphosarcome). Mieux vaut donc, avec Dominici, ne pas chercher ici un tissu adénoïde préformé et développé: il faut admettre la prolifération du tissu lymphoïde embryonnaire latent, aux dépens des cellules fixes, revenant à l'état embryonnaire et des leucocytes sanguins et lymphatiques.

Les urines sont albumineuses (1^{re},50), preuve de l'atteinte profonde de l'organisme.

La lèvre inférieure est œdématisée, proéminente et même éversée et tombante, l'ulcération est presque médiane quoique droite, elle est ovale à grand axe horizontal, longue de 4 centimètres, large de 3. Elle semble envahir la peau par sa partie inférieure et s'étendre peu vers la muqueuse par son bord supérieur. Elle est peu profonde, non anfractueuse et presque aplatie, le bord est net, mais à peine entaillé, il est à peine rouge, et ne s'entoure pas d'auréole inflammatoire. Le fond est blanc jaunâtre pseudo-membraneux. Sous cet exsudat difficile à enlever on voit de petits bourgeons charnus assez pâles, saignant facilement. C'est une ulcération phagédénique sans grande réaction inflammatoire environnante, puisque la différence seule de teinte indique le bord. Le suintement est à peine marqué.

Le phagédénisme est insidieux, par « fonte moléculaire insensible et inappréciable », sans eschares. Le gros ganglion sous-maxillaire devient douloureux, s'empâte, se ramollit, adhère à la peau sans la faire rougir. Le 16 novembre on le ponctionne : pus jaune verdâtre homogène, contenant de nombreux polynucléaires plus ou moins dégénérés, pas de mono, quelques fins diplocoques presque tous phagocytés, pas de bacille de Koch. La peau s'ulcère, la fistule s'élargit, une nouvelle ulcération se forme, phagédénique.

Cette ulcération s'étend et ressemble à celle de la lèvre ; elle est ovale, grande de 25 millimètres, à bords nets, déchiquetés à pic, un peu boursoufflés et rouges ; le fond de l'ulcération est plat, gris blanchâtre, formé de détritits ganglionnaires qui s'effilochent à la curette. Elle sécrète à peine un peu de sérosité louche. La peau autour d'elle est normale, sans réaction inflammatoire : on dirait un chancre mou.

Vers le 20 novembre une autre masse résistante et douloureuse siégeant en avant du maxillaire inférieur au côté gauche du menton, au-dessous du sillon gingivo-jugal, se ramollit, devient fluctuante. Le pus à la ponction (22 nov.) est analogue à celui du ganglion, mais cette collection reste fermée. n'ulcère pas la peau et se résorbera très lentement.

Le 23 novembre, l'ulcération grandit toujours ; le bord supérieur gagne sur la muqueuse et la face interne de la lèvre, il est déchiqueté à sa partie moyenne. On note quatre petites phlyctènes remplies d'un liquide transparent sur la moitié gauche de la lèvre inférieure et de courte durée.

Une nouvelle ulcération naît en haut sur le maxillaire supérieur, à la partie moyenne et antérieure de la gencive au niveau des deux incisives médianes ; plate, à fond blanchâtre, à bord à pic, elle déchausse les racines des dents, et, remontant vers le sillon gingivo-labial, elle ne tardera pas à envahir la face interne de la lèvre supérieure.

Dans les premiers jours de décembre, apparaît à la face externe du bras droit près de son tiers inférieur une nouvelle ulcération. Un « bouton rouge » très prurigineux, que le malade excoria, la précède de deux jours (5 décembre). La croûte brunâtre (hématique), épaisse et résistante, enlevée, l'ulcération cratériforme apparaît, elle est ovale, haute de 2^{cm},5, large de 2, ses bords tuméfiés saillants, déchiquetés, abrupts (à pic), rouges, non décollés, surplombent un fond plat à peine mamelonné, blanc jaunâtre, recouvert d'un peu de pus. Sous cet enduit se cachent des bourgeons charnus, pâles, saignants.

Tout autour la peau paraît saine, l'auréole inflammatoire qui déborde les bords de l'ulcère est pâle et très réduite, à peine 2 à 3 millimètres. L'examen sur lame et la culture montrent le même diplocoque qu'à la lèvre supérieure, au ganglion ulcéré et à l'abcès mentonnier gauche.

Trois jours après l'apparition de l'ulcération du bras, le 8 décembre, deux autres ulcères naissent simultanément à la face postérieure de la jambe droite, séparés l'un de l'autre par un intervalle de 4 centimètres de peau saine. Leur apparition est précédée d'une vésico-pustule prurigineuse que le malade gratte et inocule ailleurs.

Le 9 décembre, on surprend deux vésico-pustules, l'une au-dessous du coude droit et l'autre à la moitié de la face postérieure de la jambe gauche. La croûte enlevée laisse voir une ulcération petite mais profonde, véritable puits à bords à pic. Le traitement énergique les jugule (éther camphré suivi de poudrage au sous-carbonate de fer).

Le 15 décembre, naît une petite vésicule, à la partie interne du sourcil gauche, au milieu des poils, en un point où le malade reconnaît s'être plusieurs fois gratté. Une tache rouge l'a précédée d'un jour à peine (1^{er} jour). Une vésicule de 2 millimètres, centrée d'un poil, n'a pas tardé à apparaître (15 déc.) (2^e jour). Elle est entourée d'une base rouge, empâtée, douloureuse, qui la dépasse de 3 à 4 millimètres; la rougeur et la tuméfaction se perdent insensiblement dans la peau environnante. Le liquide est clair, contient de rares leucocytes et quelques diplocoques (à la culture). Peu à peu en trois jours (18 déc.) cette vésicule grandit, sans que s'accroisse sa base rouge inflammatoire, la vésicule est devenue une large vésico-pustule aplatie et ombiliquée de 6 à 7 millimètres de diamètre, l'auréole saillante inflammatoire est réduite à un bourrelet rouge de 1 à 2 millimètres au plus (5^e jour). La vésicule se dessèche (12^e jour), devient terne; déchirée, elle laisse apercevoir une ulcération profonde de 2 à 3 millimètres, à bords à pic, en haut desquels s'insère encore le couvercle épidermique de la vésico-pustule; le fond, à peine purulent, est jaunâtre et saigne facilement. La réparation en est extrêmement lente et ne paraît terminée que le 20 janvier (37^e jour), laissant une cicatrice rosée à contour pigmenté.

Cette dernière ulcération, que l'on put suivre de jour en jour, explique la genèse des autres ulcérations. Le développement est le même que celui d'une vésico-pustule d'ecthyma vulgaire: papule, vésicule, vésico-pustule, pustule, ulcération. Mais l'ulcération a ici des tendances phagédéniques toutes particulières qui la font ressembler à un chancre mou. Pendant plusieurs jours les ulcérations grandissent et l'on se demande même, effrayé, si elles ne vont pas acquérir les dimensions du foyer primitif de la lèvre inférieure. Nous sommes assez heureux pour en arrêter les progrès et en amener la cicatrisation (1). Le 20 janvier, toutes, y compris l'ulcération ganglionnaire, sont cicatrisées.

Seules persistent la grande ulcération primitive de la lèvre inférieure et celle de la gencive et lèvre supérieure. Elles continuent leurs effrayants progrès que rien n'arrête (2). Toutes ont eu le même aspect d'ulcère plat, res-

(1) Les caustiques les plus énergiques (ZnCl_2 , HgCl_2) furent essayés sans succès. le traitement qui réussit le mieux nous fut indiqué par M. Sabouraud: éther camphré à saturation suivi de poudrage au sous-carbonate de fer.

(2) Cette thérapeutique négative a compris: 1^o un traitement interne à la levure

semblant au chancre mou, sans grande réaction inflammatoire autour d'elles, détruisant petit à petit *insidieusement*, en surface plutôt qu'en profondeur, *sans eschare et sans suppuration*. Mais alors que toutes les autres ont guéri, les ulcérations des lèvres persistent : preuve qu'il s'y surajoute quelque chose de plus ; aux membres il n'y avait que la surinfection buccale *ecthymato-phagédénique*, à la lèvre il y a la lésion sur laquelle s'est greffée cette surinfection. La surinfection guérirait peut-être que cette lésion première s'accroît.

A la fin janvier 1906, l'état est alarmant, une courte amélioration de l'état général (chute de la fièvre, reprise des forces, abaissement de l'albuminurie à 0,23) qui avait suivi la fin des ulcérations des membres, s'est bientôt démentie. Le malade est pâle et assez faible, très amaigri. L'appétit a diminué, il dort mal, réveillé par les douleurs de l'ulcération, la fièvre est élevée 38°-39°. Il reste encore confiant et se lève un peu dans la journée.

La lèvre inférieure a disparu, abrasée par l'ulcération (moulage Barreta, n° 2460, du 16 janvier 1906). Vaguement ovalaire, elle a 7 centimètres de long d'une commissure à l'autre et 4 de haut, son bord inférieur reste à 2 centimètres au-dessus du bord inférieur du menton, son bord supérieur atteint presque le sillon gingivo-labial. C'est une ulcération aplatie, presque plane, non anfractueuse, son fond est moins blanc jaunâtre qu'autrefois; des bourgeons charnus saignants apparaissent davantage, la sécrétion purulente est restée minime. Les bords nets taillés à pic ont leur tranche rouge, mais pas d'auréole inflammatoire. L'ulcération de la gencive a fait tomber les deux incisives médianes, et sur les côtés gagne les deux incisives latérales qu'elle déchausse, elle dénude le maxillaire supérieur à peine recouvert d'un enduit blanchâtre, envahit la face interne de la lèvre supérieure qu'elle ulcère sur une largeur de 2 centimètres. En résumé, toutes deux en grandissant ont conservé les mêmes caractères qu'au début.

Le 23 et le 24, une artériole de la lèvre supérieure, entamée par une l'ulcération grandissante, a donné une assez abondante hémorrhagie. La fièvre baisse, oscille maintenant entre 37°-2 et 38°-3, les céphalées sont vives, il tousse un peu, on entend quelques râles diffus et même des sous-crépitaux au sommet droit. Ce n'est pas encore toutefois la broncho-pneumonie qui emporte

de bière ; 2° un traitement externe. Ce traitement externe a varié : on appliqua d'abord la série des antiseptiques faibles, bleu de méthylène, iodoforme, eau oxygénée, pulvérisations, puis le sublimé et le calomel, CrO_2 , puis les caustiques les plus violents $\text{AzO}_3 \text{ Ag}$ et chlorure de zinc au $\frac{1}{10}$ et même au $\frac{1}{5}$. Le galvanocautère fut impuissant. Craignant par ces caustiques de sphaceler les couches superficielles de l'ulcération et de favoriser la marche de l'infection microbienne, on arrêta toute cautérisation et l'on se contenta de pansement à l'eau oxygénée et de pulvérisation : l'ulcération fit des progrès encore plus grands; on reprit l'éther camphré, qui pour les autres ulcérations avait si bien réussi, et le sous-carbonate de fer. L'ulcération continuant de s'étendre, nous avons supprimé les applications si douloureuses (et inefficaces) d'éther camphré; 3° un traitement spécifique interne a été suivi d'abord (1^{er} au 23 novembre), *vingt-cinq piqûres de biiodure aqueux*, puis après un arrêt de quinze jours, *six piqûres de calomel*. *Iodure de potassium* à doses croissantes (6 gr.). Le tout sans résultat; 4° enfin, le 16 janvier, une application radiothérapique a été tentée par M. Noiré.

si souvent ces malades atteints de lésions ulcéreuses du broncho-pharynx, sorte de schluck — pneumonie, par déglutition de germes de haute virulence. Une broncho-pneumonie à anaérobies enleva ainsi en peu de jours de manière insidieuse, avec peu de réaction fébrile, une de nos malades atteinte de stomatite mercurielle à larges ulcérations pseudo-membraneuses et phagédéniques. Ces complications pulmonaires menaçantes assombrissent encore le pronostic.

II. *Diagnostic.* — Avant que l'histologie, aidée de la bactériologie, n'ait décidé le diagnostic ou, tout au moins, ne l'ait restreint, ce cas souleva des problèmes difficiles.

Dès le début, l'hypothèse de morve fut agitée et repoussée ; c'est en effet, croyons-nous, un diagnostic que la clinique seule peut faire, avant même l'expérimentation qui ne laisse aucun doute.

Cette FARCINOSE MUTILANTE DE LA FACE, décrite par Hallopeau et Jeanselme (*Annales Derm.*, 1891, p. 273), Besnier (*id.*, p. 296) (moulages du musée, n^{os} 1571 et 1513) est très différente. L'évolution est autre : elle n'apparut que longtemps après le début de la maladie, *au cours d'une morve chronique*, les *muqueuses pituitaire et buccale ont été d'abord atteintes* (1), puis le processus destructif gagne l'extérieur, déterminant à la face des pertes de substance des lèvres, du nez, des joues : *Les lésions cutanées sont donc secondaires et multiples.*

Le processus ulcéreux est très différent. Dans la farcinose, c'est une *infiltration tuberculo-gommeuse* aboutissant à la production d'*ulcères à tendances destructives, par suite de la fonte de ces gommages farcineux*. Au début, c'est donc une infiltration diffuse rouge, violacée, pâteuse, sur laquelle se développent ultérieurement de petites saillies ou boutons farcineux dont le centre se perfore en laissant échapper un liquide puriforme et déterminant une ulcération à l'emporte-pièce ; en un mot, *évolution de tubercules vers la caséification et l'évacuation laissant des cupules cavernulaires*. Puis rapidement, la perforation s'agrandit en se dentelant irrégulièrement sur ses bords et en même temps, *l'ulcération se continue en profondeur, décollant les tissus et formant un ulcère très anfractueux et profond, à fond plus large que l'ouverture*, et c'est par la *coalescence de ces ulcères* que l'on arrive à ces vastes pertes de substance. Pendant toute la durée, ces ulcères sécrètent un *pus jaunâtre abondant*. Les perforations se comblent en grande partie, mais, à leur périphérie, évoluent de nouveaux nodules gommeux qui aboutissent à la cupule cavernulaire. « Sur le centre d'une lésion ancienne on remarquera,

(1) Muqueuse rouge intense, ponctuée d'un grand nombre de points cicatriciels déprimés et couverte d'une série de cavernules gommeuses cupulaires, isolées ou réunies, formant alors des ulcérations à fond jaune purulent polycyclique (Besnier).

dit Besnier, la série associée des cavernules farcineuses et des bourgeonnements de réparation avec ébauche cicatricielle, formant un mélange caractéristique de lobules, de mamelons, de cupules. »

Il est inutile d'insister sur les caractères totalement différents de l'ulcération de L... : ulcération primitive sans antécédents, non secondaire à des lésions des muqueuses; processus destructif sans infiltration tuberculo-gommeuse, sans ulcération à l'emporte-pièce ni cupules cavernulaires; phagédénisme surtout en surface, ne décollant pas les tissus, ne créant pas de clapiers anfractueux et profonds à fond plus large que l'orifice, ne s'accroissant pas par coalescence de nodules ulcérés; sérosité purulente très peu abondante; aucune tendance du centre à la réapparition.

De quelque évidence que fût le diagnostic clinique, l'inoculation fut faite et le confirma. Trois cobayes mâles furent inoculés dans le péritoine; le 1^{er}, avec le raclage de l'ulcération; le 2^e, avec le pus d'un abcès; le 3^e, avec un fragment bioptique de l'ulcération primitive (Sabouraud) (1). Aucun de ces cobayes ne présenta le signe de Strauss, c'est-à-dire l'orchite morveuse précoce et caractéristique; tous survécurent et, sacrifiés longtemps après, furent trouvés indemnes de toute lésion. Les bacilles sur lame étaient rares, sans caractères précis, les cultures, plusieurs fois tentées, ne donnèrent jamais sur pomme de terre, avant ou après séparation, les colonies jaunes, brunes si caractéristiques de la morve.

— L'hypothèse d'une *tuberculose* fut facile à repousser: ce n'était ni l'aspect, ni l'évolution si caractéristiques, la progression par la coalescence et l'ulcération de petits tubercules (points jaunes de Trélat). Les examens sur lame ne montraient aucun bacille de Koch, alors qu'ils sont si abondants dans ces tuberculoses ulcéreuses. L'inoculation donna des résultats négatifs.

Si les diagnostics de morve et de tuberculose étaient faciles à éliminer, le diagnostic de *chancre syphilitique phagédénique* était au début le plus vraisemblable. Du Castel (*Bull. Soc. Derm.*, décembre 1894), Darier, firent des erreurs semblables. En effet, l'ulcération ne reposait-elle pas sur un nodule induré? N'avait-elle pas des bords adhérents, en saillie, un fond relativement lisse et uni? Le bubon n'était-il pas caractéristique? Tous signes différentiels que donne Fournier dans son exposé magistral. Ce n'était pas le phagédénisme gangréneux et térébrant, progressant, par une série de mortifications partielles juxtaposées; c'était la forme ulcéreuse (« phagédénisme rouge » infectieux) où l'ulcération progresse « sans cadavre », sans eschare, par un processus insidieux « par une fonte

(1) C'est M. Sabouraud lui-même qui voulut bien faire ce dernier essai, à son laboratoire. Le cobaye présenta un peu de suppuration de la paroi, maigrît, puis reprît son poids et resta indemne.

moléculaire invisible et inappréciable ». Plusieurs signes étaient contradictoires, il est vrai; ce n'était pas une ulcération rouge « ardent, à aréole hyperémique, à sécrétion séro-sanieuse » (phagédénisme rouge); les grands caractères du phagédénisme de la syphilis primaire (Fournier), 1° peu d'extensivité, pas d'inoculation à distance; 2° courte durée et pas de recrudescences subites; 3° absence de réaction générale, processus strictement local manquaient. Mais il existe des exceptions (1), des « phagédénismes septiques infectieux », ayant pour cortège tout le complexus symptomatique des grandes infections, pouvant même amener la mort.

En attendant l'évolution, le diagnostic de phagédénisme sur chancre syphilitique fut donc posé. Le phagédénisme était certain, la syphilis, lésion primitive, probable. Presque toujours, sinon toujours, d'ailleurs, la syphilis phagédénique est due à une surinfection, à une association microbienne : car il est douteux que la syphilis, à elle seule, puisse provoquer la gangrène et le phagédénisme, comme le peut faire, ce qu'a montré Roger, un streptocoque autrefois bénin, maintenant exalté. Tout au plus, le spirille de Schaudinn peut-il, par endartérite oblitérante, produire des points gangréneux limités mais non du phagédénisme.

On attendit donc l'échéance des accidents secondaires, et l'on institua le traitement spécifique. Ce traitement prolongé (2) fut sans action. Aucun accident secondaire n'apparut; le phagédénisme continua d'évoluer, l'ulcération primitive nodulaire sur qui s'était greffée l'infection secondaire *n'était donc pas syphilitique. Quelques signes, même avant la fin du délai habituel de la 2^e incubation, permettent de prévoir la non-explosion des accidents secondaires* : le hubon satellite d'un chancre de l'extrémité céphalique s'accompagne toujours, en effet, de l'envahissement progressif et successif des chaînes ganglionnaires du cou dans le sens du courant lymphatique (3); ces tuméfactions ganglionnaires si faciles à suivre dans la région cervicale, ne furent pas senties, le ganglion sous-maxillaire resta seul pris. Et rien que cette constatation permit d'une manière précoce d'éliminer la syphilis.

On pensa à ces faits encore isolés, tous disparates, à étiologie encore incertaine, que faute de mieux on range dans les gangrènes. Trop différents parurent les cas de Wœlsch (*Arch. für Dermat.*,

(1) Collection Fournier, Nos 148-149-150-239, syphilides phagédéniques et chancre phagédénique vulvaire horriblement mutilants.

(2) Première série de 20 piqûres de biiodure aqueux, puis 6 piqûres de calomel indolore de Duret, et iodure de potassium jusqu'à 6 grammes.

(3) Cet envahissement traduit l'envahissement progressif de la syphilis, gagnant, de ganglions en ganglions, les embouchures lymphatiques dans les veines; ce déversement dans la circulation générale marque l'explosion secondaire (Fournier, Gaucher et Sabareau).

Bd XXXIX, p. 173), de Janowski et Mourek (*Ibid*, Bd XXXV, p. 359) ; de Brocq (1) (*Annales Dermat.*, 1900, p. 731).

Différente aussi et très particulière est l'observation d'Hallopeau et Le Damany (*Annales*, 1894, p. 1264) : altérations gangreneuses et nécrotiques multiples unilatérales des muqueuses et de la peau de l'extrémité céphalique, débutant par des papules bientôt transformées en *eschares sèches et noires* recouvrant des ulcérations. Les auteurs pensèrent d'abord à un zona, puis à une trophonévrose (*Annales*, 1894, p. 1349), puis à une infection d'origine inconnue (*Annales* 1895, p. 213 et 292).

L'absence de syphilis, la notion de la fréquence des infections secondaires des lésions péri-buccales, et la dissémination à distance de cette infection, la connaissance du cas de Darier (1808) nous firent éliminer tous ces diagnostics (2) et l'on s'arrêta à l'hypothèse d'une association 1° d'une lésion primitive, tumeur du genre lymphosarcome et proche du cas de Darier (moulage 1808. *Pratique dermat.*, IV, p. 685) ou peut-être infection inconnue ; 2° d'une surinfection buccale, phagédénique, ayant, par inoculation exogène, déterminé les pustules ecthymato-phagédéniques à distance.

Il semble que ce diagnostic ait été confirmé : En effet, l'histologie a montré une infiltration lymphadénique, tumeur et lymphadénome pour les uns, résultat d'une infection encore inconnue pour les autres, différence de mots moins contradictoire qu'elle ne paraît, puisque le lymphadénome n'est au fond qu'une expression anatomique, et relève probablement de causes infectieuses diverses. La bactériologie a décelé l'infection de la lèvre, du ganglion suppuré, de l'abcès gauche, des ulcérations phagédéniques des membres, et la clinique a surpris toutes les phases de ce processus ecthymateux et phagédénique.

Donc, en dehors de la syphilis, en présence d'une ulcération phagédénique analogue de la lèvre, il faudra penser au « lymphadénome », et ne pas s'en laisser imposer par la surinfection buccale presque fatale, démêler cette association que sa dissémination fera parfois reconnaître.

(1) Cas de Brocq : gangrène unilatérale de la face à trois poussées successives. Tuméfactions profondes des tissus cutané et sous-cutané avec œdème considérable, mortification en masse des parties centrales de ces tuméfactions, cicatrices chéloïdiennes. Examen bactériologique peu probant (streptocoque). Brocq rappelle un cas mortel de Ausset et Boulogne. Barthélemy émet l'hypothèse d'une gangrène microbienne qu'Hallopeau croit secondaire à une lésion primitivement nerveuse.

(2) Le *cyto-diagnostic* des frottis de l'ulcération primitive, pouvait-il donner quelques indications ? On trouvait des cellules épithéliales, assez rares, environnées de polynucléaires dégénérés, d'assez nombreux polynucléaires disséminés et intacts, et de très nombreux mononucléaires du type lymphocyte réunis en *nappe sans mélange de poly*, au moins sur la plupart des points. *Cette abondance des mono, leur groupement assez spécial en nappe diffuse et serrée, sans mélange en ces points de poly*, pourrait-il servir pour le diagnostic d'autres cas semblables ?

III

ÉTUDE DE LA LÉSION PRIMITIVE : « LYMPHADÉNOME ». — Obscure est cette question de la lymphadénie cutanée. « Le terme de lymphadénie cutanée est extrêmement vague... les limites précises du cadre sont difficiles à fixer, car elles dépendent de la solution que l'on donne au problème des rapports du mycosis et de la lymphadénie » (Hallopeau et Leredde, p. 902); on comprend d'ordinaire sous ce nom *les lésions cutanées secondaires à une lymphadénie ganglionnaire ou viscérale, avec ou sans leucémie*, et la maladie de Kaposi *lymphodermia perniciosa* qui « s'accompagne d'un état leucémique du sang mais constitue peut-être une affection-primitive de la peau et peut être rapprochée du mycosis fongoïde, si celui-ci est réellement une lymphadénie cutanée ».

On ne cite pas de cas de lymphadénome *primitif* de la peau, le nôtre serait donc le premier.

« En dehors du mycosis, dit Darier, *maladie générale lymphadénique, en dehors même de sa forme néoplasique d'emblée décrite par Vidal et Brocq, existe-t-il un lymphadénome primitif de la peau, se comportant comme un néoplasme susceptible de généralisation et qui serait une vraie tumeur ?* »

Les quelques cas que nous avons relevés sont des lymphosarcomes (1) et non des lymphadénomes.

Le cas de Darier était un lymphosarcome ulcéré de la lèvre inférieure (moulage 1808, vitrine 47) survenu chez un homme de 44 ans. La lèvre est éversée, proéminente, la tumeur presque médiane est saillante, exhaussée sur le reste de la lèvre, jaune blanchâtre, à peine mamelonnée. Ses bords nets marqués d'un trait rosé sont sur le même plan que la muqueuse saine environnante. Son centre seul est creusé en une cavité profonde anfractueuse. Cette lésion avait débuté « quelques mois avant par un petit papillome d'aspect banal qui fut excisé et cautérisé. C'est sur la cicatrice opératoire que s'est formée la tumeur sarcomateuse, laquelle a pris rapidement le caractère phagédénique, simulant un chancre syphilitique surinfecté, un épithéliome et même un chancre farcineux ». Les inoculations et cultures montrèrent que la « *surinfection est due aux microorganismes de la bouche* », l'histologie que la tumeur est un lymphosarcome. « Large ablation chirurgicale, autoplastie, guérison. »

Si le cas de Besnier-Darier (1) a de nombreuses ressemblances avec le nôtre, les deux autres cas de Renaut, de Du Castel sont très différents.

Alex. Renaut a publié un cas de lymphosarcome du pied, qui d'une façon précoce s'entoura d'un semis de tumeurs. L'examen histologique fut fait par Darier (*Annales de Dermat.*, 1899, p. 232).

Du Castel (*Bull.*, déc. 1894, p. 546. *Annales*, p. 1369, moulage 52, 1800) présenta à la Société de Dermatologie une ulcération de la face interne de la fesse droite au niveau de la marge de l'anus qu'elle n'atteint pas, longue de 6 centimètres sur 3 de largeur, *très superficielle, sans profondeur*, de couleur plutôt rouge, *à bords festonnés sans hauteur*, non taillés à pic, non décollés.

(1) On voit encore au musée un cas très différent, mais de localisation analogue Vidal, 63-443, sarcome mélanique de la lèvre inférieure.

La suppuration est peu abondante. L'ulcération repose sur une *base indurée* (cartilagineuse) d'un centimètre au moins d'épaisseur, et s'accompagne d'une *masse ganglionnaire inguinale droite compacte*, ligneuse, indolente (ce que l'on a appelé le bubon aggloméré de Bassereau), elle daterait de 4 à 5 mois. Malgré l'absence de *sypphilis secondaire*, on admet le diagnostic de *chancre syphilitique géant*. Deux mois après la malade est représentée (14 févr. 1895. *Annales*, p. 117); la surface de l'ulcération s'est cicatrisée sur une grande étendue, mais l'induration s'est étendue et a gagné du côté de la grande lèvre. M. Darier, par l'histologie pathologique, rectifie le diagnostic et montre qu'il s'agit d'un *lymphosarcome*. (Description, page 118.)

Rappelant ces trois cas, M. Darier résume (p. 684, IV, *Pratique Dermat.*) les caractères du *lymphosarcome* primitif de la peau. « On l'observe dans les deux sexes, dans l'adolescence à l'âge adulte, de préférence au voisinage des orifices naturels, lèvres, narines, anus, vulve, mais aussi en un point quelconque de l'étendue des téguments. C'est d'abord un petit nodule lenticulaire intradermique rosé ou rouge sombre, qui s'étend en même temps qu'il prend plus d'épaisseur, parfois même d'une dureté cartilagineuse et bien limité sur les bords. A mesure qu'il grandit l'épiderme se détache et tantôt l'érosion reste superficielle, rouge et lisse, tantôt se creuse une *ulcération profonde* qui fouille le néoplasme de cavernes anfractueuses; il en était ainsi dans le cas n° 1808, peut-être en raison des mouvements incessants de la partie atteinte et des infections septiques secondaires dont on a pu contrôler la réalité. Un trait caractéristique du lymphosarcome, qui le distingue des sarcomes purs, est sa *tendance à envahir les ganglions correspondants*; l'adénopathie est parfois précoce; les ganglions sont durs, inégaux, mobiles au début, puis empâtés, conglomérés, forment une masse qui peut devenir énorme et arriver à ulcérer la peau avant que la tumeur initiale ait elle-même pris un développement comparable. »

On voit par cette description si précise, ce qui rapproche ce « lymphadénome » (2460) du lymphosarcome (1808) et ce qui l'en éloigne: L'ulcération de ce « lymphadénome » est aplatie, non saillante, et sans cavité anfractueuse, les bords sont taillés à pic, le fond est blanchâtre, pseudo-membraneux, les ganglions ne sont pas pris. Et l'infection surajoutée n'est pas restée localisée, elle s'est disséminée par grattage un moment sur le reste de la peau, y déterminant des lésions ecthymato-ulcéreuses phagédéniques.

HISTOLOGIE. — La lésion primitive est un « lymphadénome », en n'attachant à ce mot que son sens anatomique, sans rien préjuger de sa nature encore inconnue et probablement infectieuse; si grande est, en effet, la ressemblance de ces infiltrats lymphoïdes avec les infiltrations cellulaires développées autour de certaines ulcérations de nature infectieuse reconnue.

(Travail du Laboratoire de M. Sabouraud.)

EXAMEN HISTOLOGIQUE PAR M. DOMINICI (1). — La pièce examinée est un fragment de l'une des saillies qui formaient latéralement l'ulcération labiale.

(1) Tout ce chapitre histologique a été écrit sous la dictée de M. Dominici qui voulut bien passer plusieurs jours à l'examen de cette pièce et à sa comparaison avec des coupes de lymphadénomes purs, de lymphosarcomes et de mycosis fongoides. Nous lui adressons nos biens vifs remerciements.

La forme en est cubique, de sorte qu'on peut y distinguer quatre faces. Une face supérieure, deux faces latérales et une inférieure. La face supérieure est recouverte par l'épithélium qui bordait le contour de l'ulcération. Cet épithélium se raccorde en s'atrophiant à la face latérale gauche qui faisait partie de la surface d'érosion. Les deux autres faces ont été découpées dans l'épaisseur du tissu morbide. Suivant le sens vertical on trouve l'épiderme, et toute l'épaisseur des tissus comprise entre celui-ci et le point où les acini des glandules labiales s'épanouissent dans la couche musculaire striée sous-dermique. Nous examinerons en premier lieu les modifications de la moitié droite du fragment biopsié, c'est-à-dire la portion de ce fragment qui est la plus éloignée de la zone ulcérée.

PREMIÈRE PORTION. — Épiderme : L'épiderme est épaissi, les cellules sont hypertrophiées, cette hypertrophie porte sur le noyau, le corps et les filaments d'union. Les espaces intercellulaires sont agrandis, il existe de l'œdème avec migration leucocytaire : exosérose et exocytose de Sabouraud. Les leucocytes en migration sont surtout des mononucléaires et en particulier des mono de petite taille du type lymphocyte. Cette migration est diffuse et les mono ne s'accumulent pas en nids comparables à ceux du mycosis (Darier). Dans les couches supérieures de l'épiderme existe une spongieuse très accentuée, et l'on y trouve de grandes cavités occupées par des plaques de substances d'aspect colloïdal, englobant de rares débris leucocytaires.

Zone papillaire : Les papilles sont très hypertrophiées par un œdème inflammatoire accompagné d'une dilatation considérable des capillaires sanguins et lymphatiques. Les interstices du tissu conjonctif sont très agrandis, ils sont limités à la fois par les travées conjonctives, les fibres élastiques écartées dissociées par l'œdème et par les prolongements anastomotiques des cellules fixes, celles-ci sont fortement hyperplasiées et présentent tous les signes de la réaction inflammatoire franche : leur noyau est agrandi, les travées et grains de chromatine en sont épaissis et leurs nucléoles sont plus volumineux qu'à l'état normal. Leur protoplasma est devenu spongieux trabéculaire et se teinte par les colorants basiques, leurs prolongements anastomotiques sont redevenus nettement visibles, de sorte qu'il existe un réseau formé par les cellules conjonctives intriquées dans le réseau des fibres collagènes et élastiques.

Vaisseaux des papilles : L'endothélium des capillaires lymphatiques et sanguins est tuméfié ainsi que leurs cellules adventitielles. Les cavités des capillaires sanguins sont occupées par des globules rouges et des polynucléaires plus nombreux qu'à l'état normal, quelques polynucléaires sont en migration dans l'épaisseur de la paroi de ces vaisseaux qui prend un aspect fenêtré ; la diapédèse se poursuit jusque dans les interstices du tissu conjonctif. Les vaisseaux lymphatiques contiennent des mononucléaires en proportion assez notable.

Ces mono, parmi lesquels dominent les lymphocytes, migrent dans les interstices conjonctifs des papilles, où ils sont plus nombreux que les poly, mais sans constituer une nappe d'infiltration.

Derme : Dans la couche sous-papillaire et le derme proprement dit se retrouve l'œdème inflammatoire, mais ce processus est à l'arrière-plan du tableau histologique que particularise essentiellement une *infiltration très*

marquée de cellules lymphatiques. Cette infiltration procède par nodules (1) centrés soit par des vaisseaux sanguins et lymphatiques, soit par les conduits excréteurs des glandules labiales. Les cellules qui composent les nodules, rondes ou polygonales, ont le type embryonnaire : noyaux arrondis ou légèrement échancrés, bordure protoplasmique étroite; grains de chromatine centraux volumineux, grains de chromatine périphériques minimes et rapprochés, ce qui les différencie des plasmazellen. La taille de ces cellules embryonnaires est égale à celle des lymphocytes, ou des cellules germinatives de dimension moyenne (2) que l'on peut trouver dans les follicules des ganglions. Ces éléments sont logés dans un stroma conjonctif à travées fines, comparable au stroma réticulé des organes lymphoïdes. Il est à remarquer toutefois que les cellules conjonctives, qui font partie de ce stroma, sont hypertrophiées suivant le mode inflammatoire ci-dessus décrit.

Les vaisseaux sanguins ou lymphatiques qui traversent les nodules embryonnaires sont en réaction inflammatoire; ils sont agrandis, leurs cellules endothéliales tuméfiées et saillantes peuvent même desquamer dans la cavité vasculaire. Les leucocytes y sont plus nombreux que dans les conditions normales, mais il est à remarquer que ces leucocytes sont essentiellement des mononucléaires qui émigrent à travers les parois des vaisseaux, dont le tissu conjonctif prend un aspect réticulé identique à celui du tissu conjonctif environnant : *en un mot, les parois de ces vaisseaux sont le siège d'une infiltration lymphatique de même que le tissu conjonctif qui compose le reste du nodule embryonnaire.* A la périphérie des nodules embryonnaires quelques-unes des cellules lymphatiques se transforment en plasmazellen. Cette transformation (3) est surtout marquée à la base des papilles et dans la couche sous-papillaire.

Dans les intervalles compris entre les nodules, la lésion dominante est celle de l'œdème inflammatoire. En ces points l'hypertrophie des cellules conjonctives est extrêmement accentuée, tandis que certaines d'entre elles continuent de rester unies par de larges prolongements anastomotiques, d'autres desquament dans les interstices conjonctifs en prenant l'aspect des grands macrophages de Metchnikoff. Mais il est à remarquer que leur fonction phagocytaire s'exerce à peine.

Zone profonde sous-dermique : Les lésions sont identiques à celles que nous venons de décrire, à cette différence près que les nodules embryonnaires sont en partie occupés par des acini glandulaires et que l'infiltration se poursuit entre les fibres musculaires striées de la partie toute inférieure de la préparation. Ces fibres musculaires striées se résorbent par inflammation : multiplication des noyaux, etc.

En somme, les lésions dominantes sont d'une part L'INFILTRATION DE CELLULES

(1) Dans le « lymphadénome-tumeur » l'infiltration est totale, massive, continue, se substituant à tout le tissu normal.

(2) Les noyaux de certains s'incurvent, de même que certains mono du sang et des ganglions, la grosseur de l'élément et le grain de chromatine de chacun des lobes les distinguent des polynucléaires.

(3) Pour devenir plasmazelle, le noyau se contracte, devient excentrique, les grains de chromatine deviennent plus gros et s'ordonnent, à la périphérie du protoplasma se forme une sertissure basophile.

LYMPHATHIQUES BEAUCOUP PLUS MARQUÉE QUE DANS LES INFLAMMATIONS CHRONIQUES ORDINAIRES; d'autre part, INFILTRATION EMBRYONNAIRE COEXISTANT AVEC LA RÉACTION DE L'ŒDÈME INFLAMMATOIRE.

DEUXIÈME PARTIE (moitié gauche de la préparation). ZONE D'ULCÉRATION. — Les réactions du type inflammatoire s'accroissent à mesure que l'on examine des points de la préparation plus rapprochés de la surface d'érosion. Les *polynucléaires*, rares dans la moitié de la préparation, s'y montrent *de plus en plus nombreux*. Les cavités des vaisseaux sanguins sont obstruées par *thrombose* ou par *endovascularite oblitérante*; celle-ci peut même être poussée à son plus haut degré dans les portions les plus rapprochées de l'ulcération. Les parois des vaisseaux sanguins et lymphatiques sont le siège d'une infiltration leucocytaire considérable, mais ici *ces leucocytes sont des polynucléaires*. Enfin, dans la bordure gauche de la préparation, la nécrose se joint au processus inflammatoire. Cette nécrose se caractérise par la dégénérescence fibrinoïde ou mieux nécrose de coagulation des faisceaux conjonctifs, par la plasmolyse et karyolyse des cellules fixes, des poly et mononucléaires. Il est à remarquer que les phénomènes de phagocytose sont très peu marqués, la dégénérescence est donc ici un phénomène extracellulaire. L'épiderme participe à ce processus, de sorte qu'à la limite des deux faces supérieure et latérale gauche, il est en désintégration, réduit à l'état d'eschare mince.

DISCUSSION. — Étant données l'infiltration lymphoïde massive, la situation des cellules lymphatiques dans un tissu conjonctif réticulé, il semblerait que le processus anatomo-pathologique fût une tumeur du genre lymphadénome ou lymphosarcome.

D'autre part, la coexistence de réactions inflammatoires extrêmement nettes permet de supposer que l'infiltration embryonnaire ne ressortit pas au processus de tumeurs mais à une inflammation.

La néoplasie est-elle un lymphadénome ?

— Nous devons éliminer le LYMPHADÉNOME PUR, car celui-ci *exclut toute réaction inflammatoire* : dans un lymphadénome pur, le *tissu conjonctif est complètement infiltré* par des cellules rondes isomorphes *persistant à l'état embryonnaire*. Ces cellules écartent les fibres et cellules conjonctives, dissocient les parois vasculaires, pénètrent sous l'endothélium même des vaisseaux sans qu'il y ait la moindre réaction inflammatoire du tissu conjonctif ou des parois vasculaires. Les cellules embryonnaires *ne se transforment pas en plasmazellen*, il n'y a ni production d'exsudat inflammatoire, ni diapédèse de polynucléaires, ni thrombose vasculaire.

— La néoplasie n'est pas MYCOSIQUE. Dans le mycosis, on peut trouver de l'*hypertrophie des cellules conjonctives*, mais non l'*hypertrophie inflammatoire* : leurs noyaux et leurs corps restent pâles et le protoplasma reste acidophile.

En dehors des points où l'infiltration embryonnaire atteint son maximum, les *faisceaux conjonctifs ne sont pas dissociés* par l'œdème.

Bien plus, ils sont *épaissis*, de sorte que dans les papilles, les interstices conjonctifs sont plus réduits que normalement. L'endothélium des vaisseaux est tuméfié et les *parois vasculaires* peuvent être *épaissies*, mais elles ne sont *pas pénétrées et dissociées par la diapédèse leucocytaire*. Là où l'infiltration embryonnaire est développée au maximum, le tissu conjonctif prend un aspect réticulé, *les travées du réticulum sont formées non seulement par les fibrilles collagènes, mais aussi par les prolongements anastomotiques des cellules conjonctives* ; mais celles-ci restent petites, leur noyau est pâle, leur corps est grêle, elles sont absolument *le type des cellules du réticulum lymphoïde des follicules ganglionnaires normaux*.

La part des cellules conjonctives dans l'infiltrat est considérable. Les cellules embryonnaires du mycosis prennent en grand nombre la *conformation de petites plasmazellen*, ayant un aspect spécial : elles sont très petites et les grains de chromatine périphériques du noyau sont peu développés, le protoplasma est peu basophile ; certaines des cellules embryonnaires se *transforment directement en mastzellen* par élaboration intraprotoplasmique de granulations γ et même en *éosinophiles* par formation de granulations α , allongeant leur noyau qui bourgeonne pour devenir bilobé et trilobé.

Enfin, dans le mycosis, l'*épiderme* est occupé par les *nids de Darier*, cavités arrondies logeant de nombreux mononucléaires, dont certains sont en division indirecte. Cette *mitose* de cellules lymphatiques, si fréquentes dans les tumeurs lymphadéniques, est très peu marquée dans notre cas.

— *La néoplasie n'est pas un LYMPHOSARCOME ?*

Et cependant, on pourrait le supposer, puisque dans le lymphosarcome (comme dans notre cas), on trouve une réaction marquée des cellules conjonctives accompagnant l'infiltration lymphocytaire.

Nous distinguons deux types de lymphosarcome :

1^{er} TYPE OU INFLAMMATOIRE. — Dans le lymphosarcome, les *cellules conjonctives grandissent dans toutes leurs parties* : corps, prolongements anastomotiques, noyau, charpente chromatinienne, grains et travées.

Le protoplasma du corps et des prolongements devient spongieux et basophile ; avec *cette hypertrophie du protoplasma, coïncide une résorption partielle du tissu collagène, les fibres élastiques disparaissent* (Darier), les cellules conjonctives anastomosées et le reste du tissu collagène limitent des aréoles occupées par les cellules lymphatiques. Les cellules conjonctives turgescentes peuvent desquamer dans les interstices, comme dans les processus inflammatoires. Mais certaines de ces cellules prennent un aspect différent du tableau caractéristique de l'inflammation ordinaire, elles acquièrent le *type sarcomateux* : le corps et le noyau de certaines d'entre elles

deviennent énormes : les grains de chromatine et les nucléoles prennent des proportions monstrueuses, les noyaux se lobent de façon que certains deviennent géants et à noyau bourgeonnant. Enfin la *chromatine dégénère* suivant le processus habituel des tumeurs malignes. Les *karyokinèses multipolaires* sont fréquentes. On voit très souvent les *cellules embryonnaires se transformer en leucocytes éosinophiles*, leur noyau se lobe et leur corps se charge de granulations.

Dans notre cas, les réactions des cellules conjonctives sont celles de l'inflammation ordinaire et les cellules lymphatiques ne subissent pas la transformation éosinophile.

2^e TYPE A CHARPENTE SARCOMATEUSE. — Nous ne le citons que pour l'éliminer, car il est caractérisé par la formation de travées épaisses, de cellules sarcomateuses fusiformes logeant dans leurs aréoles des cellules lymphatiques.

Si cette néoplasie lymphoïde n'est ni un lymphadénome pur, ni un lymphosarcome, nous devons l'assimiler à ces infiltrations embryonnaires qui se produisent au cours de certaines inflammations (Darier). Nous devons, en un mot, assimiler ces infiltrats lymphatiques aux nodules embryonnaires des syphilides, de la tuberculose, etc. (1).

C'est là la restriction apportée par M. Darier ; nos opinions, à ce sujet, s'accordent complètement avec celles de M. Darier. C'est pourquoi nous avons cherché, sans y arriver, à déterminer la nature de cette inflammation : elle n'est comparable à aucune des inflammations connues : syphilis, morve, tuberculose, etc...

Nous sommes donc en présence de *deux solutions* : ou bien le *processus est exclusivement inflammatoire et ressortit à une infection de nature inconnue capable d'amener une infiltration embryonnaire extrêmement développée* : LYMPHADÉNOME-RÉACTION ; ou bien, il s'agit d'une *tumeur lymphadénique, d'une infiltration lymphoïde primitive, modifiée par une infection secondaire buccale qui en dénature les réactions histologiques en y ajoutant les lésions de l'œdème inflammatoire* (2), LYMPHADÉNOME-TUMEUR INFECTÉ.

(1) A titre d'exemple je citerai ce qui se passe au cours du processus histologique de la tuberculose : certains follicules tuberculeux sont entourés d'une couronne de cellules embryonnaires logées dans un stroma conjonctif réticulé. L'extension du tubercule se fait, pour ainsi dire, par l'accroissement d'un tissu à cellules géantes et épithélioïdes, *se substituant à un tissu comparable à celui des ganglions lymphatiques*. On peut donc assimiler la gaine lymphoïde de certains tubercules à un tissu lymphadénique de réaction secondaire (Dominici et R. Duval. Congrès tub., 1905).

(2) L'apparition des phénomènes de réaction inflammatoire (conjonctivo-vasculaire et leucocytose polynucléaire), absents ou peu marqués dans les couches profondes, leur augmentation à mesure que l'on se rapproche de la surface d'ulcération infectée, en sembleraient les meilleures preuves.

Pour nous conformer aux données classiques, nous admettrons que cette lésion est un *lymphadénome*, parce que nous n'avons trouvé aucune des modifications histologiques permettant d'en rapporter le processus à une infection connue. *Il se pourrait que des infections, encore mal déterminées, fussent capables de provoquer une réaction inflammatoire accompagnée d'une néoplasie lymphoïde exubérante.*

En résumé :

LE DIAGNOSTIC DE LYMPHADÉNOME EST PUREMENT HISTOPATHOLOGIQUE et nous faisons toute réserve de SIGNIFICATION ÉTIOLOGIQUE que l'étude de cas similaires permettra de résoudre.

IV. — Étude de l'INFECTION PHAGÉDÉNIQUE SECONDAIRE et de sa DISSÉMINATION ECTHYMATO-ULCÉREUSE.

1° — LÈVRE INFÉRIEURE : De même que toutes les lésions buccales et péribucales, l'ulcération de la lèvre inférieure fut dès le début infectée. Les microbes saprophytes de la bouche, auparavant inoffensifs, pullulèrent sur cette ulcération et exaltèrent leur virulence. Cette infection est polymicrobienne et comprend les très nombreuses espèces de la bouche pathologique. Sur lames, on trouvait au milieu des cellules épithéliales des poly et de nombreux mono, une grande quantité de cocci et bacilles : bacilles petits et fins peu chromatophiles ne prenant pas le Gram, gros bacilles courts et renflés, quelques gros diplococoques et tétragènes; quelques rares grappes de staphylocoques et de courtes chaînettes de streptocoques, çà et là des filaments mycéliens de leptothrix. Mais l'espèce prédominante était un diplocoque, prenant le Gram, souvent réuni soit en chaînette de trois à six doubles grains, soit en petites grappes. Les deux grains en sont aplatis et rappellent la forme de division d'un streptocoque jeune. Cette même espèce fut retrouvée dans les autres ulcérations, ganglionnaire, labiale supérieure et des membres, et surtout dans le pus des abcès non ouverts, ganglionnaire droit et mentonnier gauche, et dans les vésico-pustules fermées des membres. Sur les coupes, ce diplocoque est très abondant à la surface de l'épithélium et sur le bord de l'ulcération dans la zone de nécrose superficielle, il est le seul germe microbien qu'on y puisse déceler; jamais nous ne l'avons vu pénétrer à l'intérieur même des tissus.

La culture a permis d'isoler plusieurs des espèces : colonies épaisses blanches visqueuses d'un gros bacille, quelques colonies de staphylocoque blanc vulgaire, de streptocoques, une de staphylocoque citréus, et surtout les petites colonies rondes blanches, humides sur gélose du diplocoque. Sur pomme de terre en vieillissant ces colonies tendent à jaunir, ce diplocoque trouble le bouillon et ses flocons tombent au fond. Sur les cultures vieilles il a tendance très manifeste à se grouper en staphylocoques. Ce ne serait donc peut-être qu'une variété de staphylocoque.

L'inoculation totale du grattage de cette ulcération de la lèvre inférieure, dans le péritoine du cobaye mâle, a été négative. L'inoculation du diplocoque isolée a été plus active, amenant la production d'abcès sous-cutanés, le cobaye survivant. Les cultures des gros bacilles sont avirulentes.

De cette infection secondaire polymicrobienne et buccale, il est probable que le diplocoque avait la plus large part, la dissémination à distance semble bien le prouver.

Quel a été le rôle de cette infection secondaire dans le phagédénisme du lymphadénome ? Son rôle a été évident, la preuve n'est que, inoculée aux membres, cette infection a déterminé du phagédénisme. Mais seul, sans infection, le lymphadénome a-t-il tendance à s'ulcérer ? cette tendance existe mais elle est minime. En effet, Dominici fait remarquer la présence à l'intérieur des lymphadénomes, de foyers de nécrose, aux points les plus éloignés des vaisseaux, particulièrement près de l'épiderme. Ces foyers de nécrose peuvent provoquer l'ulcération ; mais sans infection phagédénique, jamais l'ulcération n'aurait fait de tels progrès.

Ganglions et abcès : L'infection diplococcique envahit les voies lymphatiques et provoque un abcès et une adénite suppurée. Le pus de la ponction avant ouverture contient de nombreux poly, presque tous en dégénérescence, quelques rares diplocoques. La culture ne donne que ce diplocoque. L'inoculation de 2 centimètres cubes dans le péritoine du cobaye est négative.

2^o — PUSTULES ECTHYMATO-ULCÉREUSES PHAGÉDÉNIQUES DES MEMBRES. — Disséminée par grattage (inoculation exogène) cette infection buccale a essaimé des pustules d'ecthyma phagédénique.

Si cette affection n'est pas rare chez l'enfant, on en compte les exemples chez l'adulte. Chez l'enfant, elle appartient au même groupe que la varicella gangrenosa de Hutchinson, ou gangrène infectieuse disséminée des enfants, dénommée encore ecthyma térébrant gangreneux ou mieux phagédénique, étudiée par Hutinel et ses élèves Caillard (thèse 1896) et Charmoy (thèse 1890). Gastou et Canuet en ont publié un cas (*Annales*, 1896, p. 597) sous le nom de dermatite pustulo-ulcéreuse généralisée, *staphylococcie cutanée gangreneuse à poussées successives*, débutant histologiquement par de la folliculite. Au moment d'une poussée aiguë, on peut suivre le développement : vésico-pustule qui se recouvre d'une pseudo-membrane blanche qui tombant laisse une ulcération tout à fait semblable au chancre mou (Fournier). Cet enfant de 2 ans et demi avait ainsi sur le dos une cinquantaine d'ulcérations parfois confluentes. Il était auparavant en état de streptococcie cutanée et muqueuse : rhinite et stomatite, conjonctivite et blépharite, impétigo. L'état général ne fut pas touché et l'enfant guérit. Contrairement à ces auteurs, le P^r Malcolm Morris en fit une varicella gangrenosa de Hutchinson et Feulard des ulcérations post-impétigineuses.

Plus proche peut-être encore serait le cas de Rotter (*Dermat. Zeitschrift* 1893, Bd II, Heft 4) observé sur un adulte, homme jeune et vigoureux. On voit se développer successivement sur la jambe, la cuisse et les organes génitaux des pustules suivies d'ulcérations gangreneuses se cicatrisant en trois semaines. Guérison en six mois. Dans le pus des ulcérations, Rotter trouva un bacille spécial qu'il put isoler, cultiver et inoculer aux animaux, il le désigne sous le nom de : *bacille pustulo-gangrenescens*.

Dans notre cas, même évolution des ulcérations à distance qui ne sont que le reste de pustules reconnues ou passées inaperçues.

1^{er} jour, papule rouge ; 2^e jour, vésicule ; du 2^e au 3^e jour, pustulation, accroissement et ombilication de la vésicule ; l'ulcération existe déjà au-

dessous de squame-croûte ; dessiccation en 12 jours, laissant apparaître l'ulcération phagédénique ; réparation extrêmement lente ; cicatrisation vers le 40^e jour.

Une biopsie faite sur le bord d'une de ces lésions ulcéreuses développée à la place du ganglion sous-maxillaire suppuré a montré un processus analogue :

C'est l'évolution clinique et les lésions anatomiques d'un ecthyma un peu particulier, ulcéreux et phagédénique.

HISTOLOGIE DES LÉSIONS ULCÉREUSES SECONDAIRES (ulcère ecthymateux). — *Travail du laboratoire de M. Sabouraud.* — (Biopsie du bord abrupt de l'ulcération sous-maxillaire. Fixation iodochlorure de Dominici. — Coloration éosine-orange, bleu de toluidine. Bleu Van Gieson ; Ziehl bleu. Bleu avec fixation au molybdate d'ammoniaque. Gram).

L'épiderme atteint le bord même de l'ulcération, restant presque intact. Les lésions dermiques atteignent tout le derme mais ayant leur maximum sur le bord de l'ulcération, et dans la profondeur.

Épiderme. — L'épiderme est normal jusqu'au bord presque de l'ulcération, arrêté net comme par une section. A peine deux ou trois papilles avant la brusque incision qui marque l'ulcération, voit-on la leucocytose normale intra-épidermique s'accroître. Brusquement (espace de 2 papilles) au bord même de l'ulcération sur lequel il recroqueville ses débris, il est profondément atteint et s'amincit. Les cellules de la germinative et du corps muqueux sont dissociées par l'œdème intercellulaire et la polynucléose intense, sans que la plupart du temps les filaments intercellulaires soient rompus. Les cellules épithéliales sont lésées, déformées, atrophiées, ne réagissant pas. Elles disparaissent bientôt, ne laissant plus que la couche cornée, sans doute plus résistante.

Derme. — Les lésions sont intenses, plus prononcées encore dans les couches profondes, s'étendant même au-dessous d'un épiderme intact et du derme superficiel à peine touché ; le processus inflammatoire et destructif se passe donc en profondeur, il mine au-dessous du derme superficiel et de l'épiderme, lésés et détruits secondairement par contre-coup.

Du bord de l'ulcération et à sa partie profonde, où les lésions sont au maximum, on peut reconnaître quatre zones à transitions insensibles.

1^o Zone étroite, *nécrose acidophile amorphe et granuleuse*, où l'on reconnaît des polynucléaires dégénérés, des débris de fibrine, et quelques diplocoques.

2^o Zone plus large *fibrineuse et leucocytaire*. Réseau fibrineux très serré à mailles et à travées très inégales et très irrégulières donnant une bande violet foncé (Gram, Weigert) (1). Polynucléaires très nombreux, serrés, logés dans les mailles du réseau fibrineux, presque tous en pyknose et réduits, surtout dans les couches proches de la zone nécrosée, à l'état de « tangible körper ». (C'est le reste de la fausse membrane de Rayer dans l'ecthyma vulgaire.)

3^o Zone d'*infiltration cellulaire*, très dense d'abord, puis de plus en plus lâche, diffuse sans distribution périvasculaire ou périannexielle nette. D'abord

(1) Au Gram ce réseau revêt en certains points un aspect pseudo-parasitaire vraiment particulier.

polynucléaires nombreux mêlés à des mononucléaires moyens et petits et quelques macrophages; puis rapidement prédominance des mononucléaires gros et moyens, diminution des lymphocytes et des poly, apparition des cellules conjonctives en réaction à noyau plus foncé, plus riche en grains de chromatine, à nucléole plus gros, à protoplasma plus dense, granuleux et basophile, à prolongements plus visibles, œdème, écartement des faisceaux conjonctifs.

4° Zone de transition entre le derme normal et l'infiltration cellulaire se prolongeant jusqu'aux papilles. Derme à faisceaux conjonctifs tuméfiés et dissociés, à réseau élastique presque intact, çà et là des poly, quelques mononucléaires, d'exceptionnels plasmazellen, 1 matzelle, 2 éosinophiles et surtout réaction des cellules conjonctives tuméfiées conservant et hypertrophiant leurs prolongements protoplasmiques.

Dans les zones d'infiltration, d'exsudat fibrineux et de nécrose, les vaisseaux sont thrombosés, méconnaissables; dans la zone de transition, presque intacts, dilatés et congestionnés, sans autres lésions que la tuméfaction des cellules conjonctives de leur périthélium. Les annexes épidermiques, follicules pilo-sébacés, glandes, plongent par leur partie profonde dans l'infiltrat qui mine le derme, et y restent presque intacts.

Les colorations microbiennes ne montrent que de rares diplocoques et dans la zone nécrosée et fibrineuse seule (reste de la fausse membrane de Rayet). Ils paraissent donc se confiner en surface, ce qui est la règle dans l'ecthyma.

Le processus clinique et anatomique ecthymato-ulcéreux une fois déterminé, restait à reconnaître l'espèce ou les espèces microbiennes causes de ce phagédénisme aux membres.

Déjà les examens sur lames montraient au foyer primitif labial et dans les ulcérations de nombreux diplocoques, associés il est vrai à d'autres espèces cocciennes et bactériennes. Sur les coupes les diplocoques pullulaient en surface à l'état de pureté, mais sans jamais pénétrer à l'intérieur des tissus. La culture de ces produits purs (vésicules non ouvertes), ou impurs (ulcérations) permit de reconnaître ce diplocoque.

C'est comme à la lèvre inférieure un diplocoque analogue à la figure de division d'un streptocoque jeune, mais isolé, rarement groupé en courtes chaînettes, quelquefois sur les cultures en grappes staphylococciques.

La présence de ce diplocoque à l'état de pureté dans les vésico-pustules fermées nous fait penser qu'il est la cause de ce processus ecthymato-ulcéreux au moins débutant.

A lui seul est-il assez virulent pour provoquer le phagédénisme? ou lui faut-il l'aide d'autres espèces que l'on retrouve avec lui dans les ulcérations ouvertes, nous n'avons pu trancher ce point car l'inoculation à la peau du cobaye de ce diplocoque n'a produit que des lésions ulcéreuses non phagédéniques (1) de peu de durée, ou des abcès sous-cutanés; l'association d'autres espèces isolées à la lèvre et retrouvées dans les lésions ecthymateuses des membres n'a pas donné de résultats plus probants.

(1) La reproduction expérimentale de l'ecthyma, facile sur la peau humaine, est très difficile sur le cobaye.

Conclusions :

Cette observation semble le premier cas de lymphadénome primitif de la peau. Elle nous a permis d'apporter quelques faits nouveaux à l'étude des lymphadénomes et du phagédénisme.

A la lèvre inférieure, il semble exister un lymphadénome primitif, débutant par un nodule bientôt ulcéré, l'infection buccale polymicrobienne s'y greffe presque fatalement et parfois détermine le phagédénisme. Ce cas est le type de cette association, lymphadénome et surinfection buccale phagédénique, chacun de ces deux termes modifiant l'autre, l'infection contribuant, pour la plus large part, au phagédénisme, le lymphadénome entretenant cette infection.

Cette lésion mixte est d'aspect très spécial : ulcération déprimée et plate non saillante, non anfractueuse ; phagédénisme en surface, ne décollant pas les tissus, ne créant pas de clapiers anfractueux et profonds ; accroissement par destruction insidieuse, sans eschare ni suppuration ; fond pseudo-membraneux blanchâtre, à peine suintant, recouvrant des bourgeons charnus, pâles, saignants ; bords nets à pic rouges sur la tranche, sans auréole inflammatoire, et sans réaction marquée autour ; pas de retentissement ganglionnaire, ni leucémie ; intoxication générale (fièvre et albuminurie).

Ce lymphadénome se caractérise par une infiltration nodulaire lymphatique dans un stroma conjonctif en réaction inflammatoire. Si la lésion anatomique de lymphadénome est indiscutable, la réserve étiologique (Darier) s'impose, car des infections connues (tuberculose) provoquent autour de leurs néoplasies spécifiques les mêmes lésions.

Ce sont ces cas intermédiaires qui soulèvent les questions si intéressantes de l'origine infectieuse des réactions du tissu conjonctif à ses divers âges, considérées comme tumeurs, et qui permettent d'arriver à une conception plus claire de la série des tumeurs lympho-conjonctives.

La surinfection buccale reste quelquefois localisée, elle peut envahir les ganglions et les lymphatiques, et, disséminée sur les membres, produire les lésions si particulières de l'ecthyma ulcéreux phagédénique. Alors que l'infection du foyer primitif est polymicrobienne, l'infection ecthymateuse semble monomicrobienne et due à une variété de diplostaphylocoque.

M. A. FOURNIER. — Je voudrais, si j'étais atteint moi-même de pareille lésion, que le traitement antisypilitique me fût appliqué jusqu'à son extrême limite, et je ne l'abandonnerais qu'alors, s'il n'avait rien donné. La syphilis, en effet, me semble être la cause la plus probable de cette ulcération.

M. DE BEURMANN. — Le traitement poursuivi avec insistance n'a rien donné

jusqu'ici, mais le malade étant albuminurique il faut peut-être faire quelques réserves quant à la possibilité d'un traitement beaucoup plus intense.

M. DANLOS. — L'albuminurie, sans autres symptômes que la présence dans l'urine d'une quantité d'albumine qui peut d'ailleurs être énorme, n'est pas aggravée par le traitement. Un de mes malades, qui perdait journellement 12 grammes d'albumine, supportait le calomel sans en être incommodé.

M. LEREDDE. — L'élimination du chlorure de sodium permet de juger mieux la valeur du filtre rénal que l'albuminurie.

M. HALLOPEAU. — En outre du traitement interne, il eût fallu panser l'ulcération avec un topique mercuriel.

M. AL. RENAULT. — A-t-on donné l'iodure ?

M. DE BEURMANN. — L'iodure a été donné très longtemps à forte dose sans résultat.

M. A. FOURNIER. — Il y a lieu de continuer le traitement spécifique.

**Sur un nævus systématisé acnéiforme du membre inférieur
avec loci minoris resistentiæ.**

Par MM. HALLOPEAU et ROY.

Les principales localisations de ce nævus sont les mêmes qui ont été, à diverses reprises, signalées par nous dans les Bulletins de la Société : nous y rencontrons les mêmes difficultés d'interprétation ; si nous croyons devoir présenter cette enfant, c'est surtout en raison des lésions secondaires insolites qui se sont manifestées dans le territoire des nævi.

Son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Germaine Sa..., Agée de 3 ans 1/2, entrée le 13 janvier 1906, salle Lugol (enfants), lit n° 39.

La maladie a débuté à l'âge de deux mois, au niveau de la face plantaire du petit orteil, par un soulèvement épidermique avec croûtes volumineuses que sa mère compare à des brûlures ; ces altérations ont envahi progressivement dans les mois suivants toute la hauteur de la jambe.

Actuellement, à la fesse, s'étend transversalement, sur une longueur de 4 centimètres à partir de la ligne médiane, une traînée éruptive de 8 millimètres de hauteur ; elle est constituée par des saillies papuleuses, résistantes au toucher, de coloration rosée, d'aspect pour la plupart lichénoïde ; quelques-unes sont surmontées de concrétions squameuses, qui ne sont autres que des comédons faciles à énucléer par la pression.

Plus en dehors, après un intervalle de peau saine, une autre traînée éruptive descend obliquement sur la partie externe de la cuisse, puis, en s'incur-

vant, sur la partie antérieure du genou, la partie antérieure de la jambe et enfin la plante du pied.

Il n'y a pas d'intervalles de peau saine sur tout ce trajet; partout, la peau y est plus ou moins altérée. La largeur de cette bande varie de 5 à 6 millimètres en haut de la cuisse à 2 ou 3 centimètres sur la partie antérieure de cette région, ainsi qu'à la jambe et au cou-de-pied.

Dans la région lombaire, au-dessus de l'arc indiqué précédemment, se trouve un placard éruptif mesurant environ 3 centimètres sur 2 centimètres, d'une coloration rouge pâle; on en fait sortir des petits prolongements comédoniens; il y a en outre quelques croûtelles. Des croûtes volumineuses, vestiges d'altérations intercurrentes survenues dans ces derniers temps, se voient à la partie antéro-interne de la cuisse, du genou, du cou-de-pied. Dans ces régions, la coloration rouge devient vive, on trouve aussi des squames ou des croûtelles. Ces dernières parties sont exemptes de comédons. Par places, la pression produit un léger suintement séreux. Au niveau du genou, les éléments sont distribués suivant une courbe irrégulièrement elliptique.

La traînée descendante se continue inférieurement sur tout le bord interne du pied avec épaissement corné en série linéaire, depuis une verticale passant par la partie postérieure de la malléole jusqu'au gros orteil. Cette bande est indurée; elle forme une saillie de plusieurs millimètres de hauteur, d'un aspect corné; sa coloration est d'un jaune rougeâtre; son diamètre varie de 6 à 12 millimètres. On y voit un grand nombre de dépressions ponctiformes, dont on peut aisément faire sortir des prolongements comédoniens.

A la partie interne du pied, on retrouve la même bande linéaire suivant toute la longueur de cette région avec des caractères identiques. Elle se continue en dehors avec une plaque d'une coloration d'un rouge pâle où l'épiderme aminci desquame en larges lambeaux. Elle est limitée en dedans par un épaissement corné considérable qui s'étend d'avant en arrière sur l'union des 2/5 internes avec les 3/5 externes de la région plantaire et y forme un relief de 5 millimètres sur une largeur de 5 ou 6 millimètres; le même aspect corné se prononce jusqu'au niveau des articulations des deuxième et troisième orteils.

Notons enfin, en arrière de l'articulation du petit orteil, sur le dos du pied, une croûte de formation récente. Les trois derniers espaces interdigitaux sont excoriés.

Chez cette jeune fille, comme chez nos autres malades atteints de nævi systématisés du membre inférieur, il y a continuité entre les diverses localisations des lésions dans toute la hauteur du membre et la portion contiguë de la cuisse.

Nous rappellerons que trois théories principales ont été formulées par nous relativement à ces localisations.

On peut se demander: 1° s'il s'agit de troubles localisés à des sphères de distribution nerveuse; 2° si, comme nous l'avons admis pour plusieurs de ces nævi, les altérations n'occupent pas au contraire les confins de territoires nerveux voisins, régions où les actions tro-

phiques provenant des anastomoses des deux nerfs viendraient s'accumuler ; 3° si l'on n'aurait pas affaire à des troubles de développement indépendants de l'origine nerveuse.

L'étude de cette malade à ces différents points de vue ne nous a pas donné de résultats décisifs : si certaines localisations, par exemple celle de la partie interne du pied, semblent d'accord avec l'hypothèse d'une altération dans la sphère de distribution d'une branche nerveuse, d'autres seraient plus favorables à notre doctrine des confins, et d'autres enfin ne semblent susceptibles de recevoir ni l'une, ni l'autre de ces interprétations : peut-être arrivera-t-on à une solution avec la notion des métamères de Brissaud.

Le fait sur lequel nous désirons surtout appeler l'attention, c'est la production récente de lésions inflammatoires, érythémateuses, eczématiformes et suintantes, dans la sphère de distribution des *nævi* et non ailleurs : il semble bien que *les parties affectées par ce trouble de développement aient offert ici un locus minoris resistentiæ à des causes probablement banales ; c'est là un fait qui, à notre connaissance, n'avait pas encore été signalé.*

Nous avons vu, dans notre description, que les lésions élémentaires étaient en partie localisées dans les glandes pilo-sébacées, que l'on pouvait en extraire un prolongement comédonien et que, par conséquent, ces altérations se rapprochaient de celle de l'acné cornée ; c'est encore là une particularité intéressante, car, dans nos observations antérieures, c'est le plus souvent sous la forme de lichen que ces *nævi* se sont surtout présentés à l'observation.

Syphilides tertiaires avec éléphantiasis des organes génitaux et glossite hypertrophique.

Par MM. BALZER et DESHAYES.

Le malade que nous présentons n'est pas un inconnu pour la Société : M. J..., 57 ans, a déjà fait l'objet de deux communications ; en 1898, par MM. Emery et Glantenay et, en 1903, par M. Hallopeau ; la première fois, pour un éléphantiasis des organes génitaux ; la seconde, pour une syphilide tuberculeuse en nappe ; les deux lésions ont d'ailleurs été moulées au Musée. Si nous présentons de nouveau ce malade, c'est parce qu'il est actuellement porteur de lésions plus récentes et intéressant d'autres points.

Rappelons d'abord très brièvement son histoire :

La syphilis a débuté il y a environ 33 ans par un chancre de la verge qui a été soigné quelques mois par les pilules.

Il y a 10 ans apparurent les premières syphilides tuberculeuses, d'abord sur la jambe gauche, puis sur la droite. En même temps le prépuce et le

fourreau de la verge devinrent assez rapidement œdémateux, début de l'éléphantiasis qui du fourreau atteignit ensuite le scrotum et persiste encore à l'heure actuelle avec de fortes dimensions.

Notons en passant qu'il y a deux ans le malade, étant à Saint-Louis, eut à la cuisse droite un érysipèle qui effaça une partie de sa syphilide tuberculeuse.

Enfin, l'année dernière, de nouvelles lésions scléreuses se déclarèrent à la langue.

Actuellement, l'éruption tuberculeuse recouvre toute la partie antérieure et externe de la cuisse droite ; après une légère interruption au genou, elle reprend sur la partie externe de la jambe jusqu'à la malléole externe ; sa surface est rude et chagrinée, avec de grosses papules irrégulières ; sa couleur rouge assez vif devient rapidement violacée dans la station debout ; enfin ses bords légèrement relevés et polycycliques en font le type le plus net de la syphilide tuberculeuse serpiginieuse. La peau n'est ulcérée qu'en un seul point très peu étendu, au bas de la jambe.

Nous retrouvons des plaques analogues dans l'aisselle droite, où le point d'appel a peut-être été, l'année dernière, la présence d'abcès tubéreux, et sur l'avant-bras droit, au bord cubital.

Aux organes génitaux, on constate la présence d'un œdème scléreux chronique, réductible dans une certaine mesure, et gardant l'empreinte du doigt.

Il est plus dur sur le prépuce dont la partie inférieure nettement éléphantiasique se recourbe, cachant complètement le gland.

Le scrotum est pris dans toute son étendue ; les lésions n'ont d'ailleurs pas augmenté depuis la présentation du malade en 1898, comme on peut le constater par l'examen du moulage qui a été déposé au Musée. Toutefois on peut constater que l'évolution des lésions continue et que le malade présente des syphilides tuberculeuses au périnée, actuellement encore en évolution.

Les ganglions inguinaux, qui n'étaient pas engorgés à cette époque, sont encore aujourd'hui absolument indemnes.

La nature syphilitique de cette lésion avait été admise tout d'abord sous réserve, mais en 1903 M. Hallopeau émit l'hypothèse d'une infection par la filaire du sang ; cette supposition s'appuyait sur ce fait que le malade a séjourné à diverses reprises et pendant des années dans les pays tropicaux les plus divers ; mais l'embryon de la filaire ne put être retrouvé. Nous avons fait de nouveau cette recherche sans succès.

Ce qui frappe d'emblée, en examinant ce malade, c'est que partout où se montrent chez lui des manifestations de la syphilis tertiaire, elles offrent une tendance manifeste à la sclérose, et à une sclérose hypertrophique, éléphantiasique. La résistance des lésions au traitement est très accusée ; à diverses reprises, cet homme est entré dans les services de l'hôpital Saint-Louis et a été soigné par MM. Fournier, Hallopeau, Danlos. Les traitements ont été énergiques, mais ne parvenaient qu'à ralentir la progression des lésions cutanées ; il est vrai que, sorti de l'hôpital, le malade ne se traitait plus.

C'est la syphilide tuberculeuse qui paraît avoir été, en quelque

sorte, l'artisan de la sclérose cutanée; son action est encore manifeste à l'heure actuelle sur le scrotum et le périnée, c'est pendant son évolution que la sclérose éléphantiasique s'établit. Mais il est à noter que cette sclérose éléphantiasique ne s'installe que dans les points où la syphilide tuberculeuse a pris une grande extension et qui sont d'ordinaire le siège de prédilection de l'éléphantiasis (1) : membre inférieur, scrotum, prépuce et fourreau de la verge. Une localisation nouvelle évolue depuis un peu plus d'un an sur la muqueuse buccale, et surtout sur la langue. Là encore, nous croyons que le processus de la glossite scléreuse hypertrophique est analogue à celui de la syphilide tuberculeuse, bien que les éléments de celle-ci ne soient pas démontrables.

Il convient de considérer comme une particularité propre à certaines syphilis, cette propriété de provoquer le développement de la sclérose sur un certain nombre d'organes déterminés. Ces syphilis tertiaires sclérogènes agissent du côté de la peau comme du côté des viscères, et la résistance au traitement est un caractère que l'on retrouve dans les milieux cutanés comme dans les scléroses viscérales. L'action résolutive de l'iode et du mercure ne peut plus librement s'exercer sur les infiltrations cellulaires à cause des épaississements scléreux des parois vasculaires qui, en outre, entravent le passage des phagocytes.

Contribution à l'étude des syphilides secondaires tardives, de l'érythème péri-buccal secundo-tertiaire et de l'érythème tertiaire.

Par MM. BALZER et DESHAYES.

M^{me} M..., âgée de 44 ans, est atteinte de syphilis depuis 25 ans environ. La maladie aurait débuté peu de temps après son mariage, et elle dit savoir que son mari était certainement spécifique. Elle se souvient seulement d'avoir eu des lésions vulvaires qui durèrent environ deux mois, pas d'accidents cutanés, ni bucco-pharyngés. Elle fut traitée par l'iodure de potassium et par l'ingestion d'un certain nombre de pilules.

En somme, sa syphilis a été bénigne et traitée pendant peu de temps. Depuis la première année elle n'a eu aucun accident et n'a suivi aucun traitement. Il y a quelques années elle a subi une opération grave des ovaires et des trompes.

Elle vient nous voir pour une éruption qui occupe les lèvres et le pourtour de la bouche et qu'elle rapporte à sa syphilis. Cette éruption est apparue pour la première fois il y a six ans, sans cause appréciable, constituée par une rougeur péri-buccale avec tuméfaction qui dura quatre mois, presque tout l'hiver et disparut spontanément, sans traitement spécifique.

Depuis lors, tous les ans au début de l'hiver, l'éruption se montre de nouveau, dure environ trois mois puis disparaît. Cette année elle s'est décidée à venir à la consultation de l'hôpital Saint-Louis il y a quinze jours.

(1) BALZER et LECORNU. *Bull. de la Soc. franç. de Derm.*, 1901.

Nous sommes actuellement en présence de la septième récurrence, qui a débuté le 15 novembre 1905. Elle a été assez forte, ainsi qu'en témoigne le moulage de M. Baretta exécuté il y a quinze jours. On peut voir qu'il s'agissait d'une rougeur érythémateuse assez prononcée, diffuse, commençant sur le bord des lèvres et s'arrêtant à une très petite distance des narines, avec un bord net, légèrement saillant sur la lèvre supérieure, un peu festonné sur la lèvre inférieure. L'érythème entourait nettement toute la bouche, en offrant son maximum de largeur sur la partie médiane.

Pas de suintement, pas de croûtes, mais légère desquamation furfuracée.

Au dire de la malade, l'éruption commencerait sur le bord libre des lèvres qui se tuméfient, se crevaissent et desquament ; elle s'étend ensuite sur la peau des lèvres.

Actuellement l'érythème occupe les deux lèvres, et présente une coloration rouge ou rosée. La muqueuse est un peu blanchâtre et desquame légèrement. Les contours de cet érythème orbiculaire sont réguliers et un peu festonnés sur la lèvre inférieure. Depuis quinze jours la malade a été traitée par les pilules de Dupuytren et par l'iodure de potassium : l'éruption est en décroissance beaucoup plus rapide qu'à l'ordinaire et l'amélioration obtenue depuis quinze jours est remarquable. Elle disparaîtra vraisemblablement sans laisser aucune trace, ainsi que cela est de règle, suivant le dire de la malade, pour toutes les éruptions qu'elle a présentées.

Voilà, certes, une curieuse éruption, remarquable par ses récurrences multiples, toujours en hiver, par son siège constant, par sa longue durée, enfin par sa guérison régulière, sans traces. Une particularité intéressante, serait son début, au dire de la malade, sur la muqueuse et son extension consécutive à la peau. Pourrait-on penser à une affection primitivement buccale ou labiale gagnant ensuite la peau ? à une sorte de perlèche ? Mais cette maladie est plutôt spéciale aux enfants et ne récidive pas en séries de cette manière. Il en est de même pour l'eczéma labial.

Il convient de s'arrêter plutôt, pour le diagnostic, à la variété de syphilide secondaire tardive désignée par M. Fournier sous le nom d'*Érythème péribuccal récidivant*. Il en rapporte dans son récent ouvrage (1) un exemple remarquable qui présente de grandes analogies avec notre observation. L'érythème était constitué tantôt par des petites papules, tantôt par des rubans onduleux arciformes, parfois juxtaposés bout à bout et figurant une série d'arceaux conjugués. Onze récurrences se produisirent dans un cas, et l'érythème put ainsi se reproduire jusque dans les périodes les plus avancées de la syphilis. Le cas principal observé par notre savant Maître offre, avec le nôtre, des analogies tellement évidentes qu'il est inutile de s'y appesantir. En tenant compte à la fois du siège, de la marche, de la chronologie, de l'absence de cicatrices, le nom d'*Érythème secundo-tertiaire péribuccal récidivant* caractérise bien ces faits.

(1) A. FOURNIER. *De la syphilis secondaire tardive*. Paris, Rueff, édit., 1906.

Il offre avec la syphilide appelée communément *Érythème tertiaire* des analogies et des caractères différentiels sur lequel nous devons maintenant insister un peu.

L'érythème tertiaire a été étudié par de nombreux auteurs, Fournier, Vidal, Besnier, Hallopeau, Brocq, Thomas, etc. et a été l'objet d'une étude d'ensemble de Braumann (1). Récemment M. Fournier en a donné une description nouvelle dans son *Traité de la Syphilis secondaire tardive* (2), et a mis en relief les principales variétés de cette singulière syphilide. Il lui conserve son nom d'*Érythème tertiaire* qu'elle mérite, à cause du moment de son apparition; mais, en réalité, ses principaux caractères sont ceux d'une éruption secondaire. Ainsi que l'un de nous l'a dit ailleurs, cette syphilide peut laisser, après elle, de la pigmentation, mais pas de cicatrice visible.

Par sa ténacité, le processus offre une certaine analogie avec celui de la syphilide tuberculeuse, dont il paraît une forme très atténuée; il en est séparé par un caractère fondamental, l'absence de destruction de tissu et de cicatrice apparente (3).

En somme, cette syphilide si curieuse est difficile à classer, mais nous croyons pourtant que M. le professeur Fournier a eu raison de la rapprocher à la fois des roséoles tardives et des syphilides palmaires et plantaires tardives.

Dans un premier cas observé jadis par l'un de nous à l'hôpital de Lourcine, l'érythème tertiaire, qui présentait une disposition à la fois linéaire et circinée, s'était développé, chez une femme, sur le bas-ventre et les cuisses et entourait d'un cercle la région du pubis et de la vulve. Cet érythème céda très lentement au traitement mixte. Deux autres récidives se produisirent au même siège et furent tout aussi tenaces; à chaque récidive, l'érythème suivait une marche serpiginieuse et excentrique et s'éloignait toujours davantage de la vulve.

Dans un autre cas, observé pour la première fois à l'hôpital Saint-Louis, en 1897, l'érythème tertiaire occupait le même siège que chez la malade que nous présentons aujourd'hui. Il offrait une disposition linéaire et entourait la bouche. Il ne céda qu'à un traitement prolongé. Deux autres récidives, au même siège, furent encore observées; dans une de ces récidives, l'observation recueillie par M. Leroy, alors interne du service, présenta une particularité intéressante. L'éruption avait progressé concentriquement, au point d'envahir les commissures labiales et, à ce niveau, la muqueuse était devenue opaline et suintante; la lésion, en un mot, avait pris les caractères d'une plaque muqueuse typique. Cette malade, qui refusa toujours d'être présentée à la Société, était d'ailleurs remarquable par

(1) BRAUMANN. *Thèse de Paris*, 1891.

(2) A. FOURNIER. *Syphilis secondaire tardive*. Paris, Rueff, édit., 1906.

(3) BALZER. Article Syphilis, *Traité de méd. et de thérapeutique*, t. II, 1896.

la nature des accidents syphilitiques qu'elle présentait. Sa syphilis était âgée de 11 ans, lorsque fut observé le premier érythème tertiaire péri-buccal; nous observâmes, depuis, les poussées récidivantes de cet érythème et, de plus, des syphilides papuleuses dans la région lombo-fessière, et enfin, de grands anneaux de syphilide papuleuse circonscrite à la paume des mains. Ces divers accidents furent observés jusqu'à la dix-septième année de la syphilis. Peut-être ont-ils duré plus longtemps, mais la malade a été perdue de vue, après nous avoir offert cette série remarquable d'accidents secundo-tertiaires, toujours récidivants et très rebelles aux divers traitements.

En somme, l'érythème tertiaire proprement dit peut occuper la face et le pourtour de la bouche comme l'érythème péri-buccal récidivant, mais c'est là un siège exceptionnel pour lui. De plus, il a un aspect plus franchement caractéristique de la syphilis, par sa disposition en éléments circonscrits, souvent linéaires, plus ou moins saillants, ressemblant beaucoup à ceux de la syphilide tuberculeuse serpiginieuse. Peut-être faudra-t-il considérer aussi comme un caractère différentiel important, ce fait que l'érythème tertiaire, en atteignant une muqueuse, prend le caractère d'une syphilide muqueuse tandis que dans notre cas, l'érythème péri-buccal récidivant n'a présenté en ce point que les caractères d'une dermatose inflammatoire.

Ce ne sont donc pas des affections identiques, mais des affections très sérieuses et qui doivent être comparées entre elles. Elles constituent distinctement deux *syphilides érythémateuses secondaires tardives*, secondaires par leur caractère résolutif très net, tardives par leur apparition dans la période tertiaire où elles peuvent, toutes deux, se montrer en poussées successives.

Nous ne voulons pas discuter ici s'il s'agit d'éruptions réellement syphilitiques ou parasymphilitiques. Le fait que nous avons observé avec M. Leroy nous fait pencher vers la nature réellement syphilitique en ce qui concerne l'érythème tertiaire. Pour l'érythème péri-buccal récidivant, l'action rapide du traitement mixte dans notre cas nous impressionne beaucoup. Mais il faut être sobre d'interprétations pathogéniques, en ce moment où les questions de syphilis et de parasymphilis vont être soumises au contrôle des investigations bactériologiques.

Favus atypique du cuir chevelu et favus des ongles.

Par M. DANLOS.

Il s'agit d'un jeune homme, de nationalité russe, s'exprimant très mal en français et même en allemand, ce qui rend l'interrogatoire dif-

ficile et incertain. L'affection existe depuis de nombreuses années. Sur le sommet de la tête, dans la région de la calvitie séborrhéique, les cheveux sont très clairsemés et dans leur intervalle le cuir chevelu lisse et cicatriciel présente un aspect très comparable à celui qu'il offre dans la pseudo-pelade de Brocq. Nulle part de godets grands ou petits. Simplement, autour de quelques cheveux, en apparence sains, une auréole rouge large comme une tête d'épingle. Nombre de cheveux s'arrachent avec une gaine grasse ; ça et là, quelques excoriations de grattage. Au microscope, aspect favique incontestable sur quelques cheveux, mais non sur tous.

Aux mains, trois doigts sur les dix sont envahis, l'annulaire et l'auriculaire à droite, l'auriculaire seul à gauche. Sur tous les trois l'affection se caractérise par la destruction de la lame cornée de l'ongle dans sa moitié inférieure. Le lit de l'ongle, mis à nu, est tuméfié, friable et présente l'aspect de moelle de jonc que l'on constate dans le psoriasis et les affections mycéliennes. L'examen des squames recueillies par grattage (acide formique, potasse) montre un mycélium caractéristique. La culture de celui-ci n'a pas été faite, mais le diagnostic s'impose par la considération du cuir chevelu. Évidemment, c'est en se grattant la tête que le sujet s'est inoculé les ongles ; mais il est remarquable que tous les ongles ne sont pas pris, et que les doigts envahis ne sont pas ceux qui servent le plus au grattage.

Erythème polymorphe circiné, purpurique.

Par MM. GAUCHER et BOISSEAU.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter est venu consulter, le 4 décembre, pour des lésions purpuriques des membres inférieurs, qui ont débuté 15 jours auparavant. Il a eu la syphilis il y a vingt ans et on constate des signes très nets de tuberculose pulmonaire. On ne peut retrouver la cause de ces lésions cutanées.

Huit jours après sa première visite, le malade revient pour entrer à l'hôpital, son purpura s'étant rapidement étendu.

A ce moment, on note sur les membres supérieurs et inférieurs et sur le cou, des placards nettement arrondis, dont les dimensions varient d'une pièce de cinquante centimes à une paume de main. Ces placards s'étendent excentriquement et le centre guérit et se pigmente à mesure que les lésions progressent à la périphérie. La circonférence est constituée par des taches purpuriques, par quelques érosions recouvertes de croûtes noirâtres et, en quelques points, par de petites bulles remplies de sérosité sanguinolente. Quelques-unes de ces bulles ont un contour polycyclique comme les vésicules d'herpès. Nous avons pu voir enfin, sur un petit nombre d'entre elles,

que le contenu était sérieux au début, mais devenait très rapidement, en quelques heures, hémorrhagique.

Le sang de ce malade, examiné par M. Fouquet, ne présente rien de particulier.

Le caillot est rétractile. L'analyse des urines a permis de constater une quantité infinitésimale d'albumine et un rapport azoturique faible, 83 p. 100.

Nous pensons qu'il s'agit, dans ce cas, d'une forme particulière d'érythème polymorphe.

MM. BALZER, DANLOS, se demandent s'il ne s'agit pas d'une maladie de Duhring.

M. BOISSEAU répond qu'il n'y a, ici, aucun signe de ce qu'on appelle la maladie de Duhring et, notamment, pas de prurit.

Élections.

Au cours de la ~~séance~~ précédente (11 janvier), ont été nommés :

Secrétaire général : M. DANLOS.

Membres titulaires : MM. BEURNIER, FRANÇOIS-DANVILLE, LEGENDRE, LONGIN, MORESTIN, NICOLAS, PAYENNEVILLE, ROCHARD, ~~ROSTANNE~~.

Membres correspondants : MM. MARIO ORO, DA SILVA, DE ~~MELLO~~ BREYER.

Erratum.

Dans le numéro précédent du *Bulletin* :

1° Rectifier la composition du COMITÉ DE DIRECTION de la façon suivante :

MM. BALZER.

DE BEURMANN.

X...

MM. E. GAUCHER.

DANIER.

2° Ajouter à la liste *des membres titulaires*, MM. les Docteurs :

COYON, ancien interne des hôpitaux, 20, rue de l'Arcade, Paris.
ECK, 58, boulevard Magenta, Paris.

FOUQUET, ancien interne des hôpitaux, 52, rue de Clichy, Paris.
NICOLAS (J.), 6, cours Lieutaud, Marseille.

ROCHARD, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, 19, rue de Téhéran, Paris.

SABAREANU, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, 21, Dionisie, Bucarest.

TEULON-VALIO, Uriage (Isère).

Des membres correspondants : M. le D^r PROTINOS, Athènes (Grèce).

Le secrétaire,

E. LENGLET.

SÉANCE DU 1^{er} MARS 1906

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Lettre de M. le Président. (Réponse : M. JACQUET.) — A l'occasion du procès-verbal : Sur une objection faite au porte-réactif du localisateur Belot, par M. BELOT. — Pelade par projectiles intracrâniens, par M. JACQUET. (Discussion : MM. BAUDOUIN, HALLOPEAU, JACQUET, SABOURAUD, LEREDDE.) — Adénopathie néoplasique régionale provoquée par le traitement radiothérapique, par MM. GASTOU et DECROSSAS. — Les dangers et les contre-indications de la radiothérapie dans le traitement des épithéliomes de la peau, par M. LEREDDE. (Discussion : M. DANLOS.) — Pelade et vitiligo, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (Discussion : MM. JACQUET, SABOURAUD.) — Syphilis psoriasiforme, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (Discussion : M. BALZER.) — Chancre des paupières, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (Discussion : MM. JACQUET, FOURNIER, DANLOS, SABOURAUD, BARTHÉLEMY.) — Tuberculose serpiginieuse des membres inférieurs, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (Discussion : M. FOURNIER.) — Tache ardoisée de la muqueuse buccale dans un cas de lichen de Wilson, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. — Érosions péri-anales à spirilles, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. — Macules atrophiques syphilitiques, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. — Contribution à l'étude des syphilides atrophiantes, par MM. BALZER et DESHAYES. — Deux cas de paralysie faciale chez deux conjoints, au cours de la syphilis secondaire, par M. FRANÇOIS-DAINVILLE. — Onychomycose, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. (Discussion : MM. HALLOPEAU, SABOURAUD.) — Lymphadénomes cutanés primitifs, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Essais de culture du bacille lépreux, par M. P. ÉMILE-WEIL. (Discussion : MM. SABOURAUD, LEREDDE.) — Syphilomes d'auto-inoculation, par M. QUEYRAT. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, RENAULT, VERCHÈRE, FOURNIER, QUEYRAT.) — Chancre syphilitique du vestibule narinaire, par MM. GAUCHER et BOISSEAU. — Sur un lichen de Wilson, systématisé en bandes avec envahissements poplités secondaires en nappe, contagiosité possible, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP. — Sur un cas de suppurations tuberculeuses multiples avec grains riziformes, par MM. HALLOPEAU et ROY. — Sur un cas de proliférations locales prédominantes chez un malade atteint de syphilides secondaires généralisées, par MM. HALLOPEAU et ROY. — Sur une dermatite exfoliative généralisée, provoquée par un pansement local avec la solution d'acide picrique, par MM. HALLOPEAU et HERCK. — Gommages de la langue traitées par le levurargyre, par MM. JULLIEN et STASSANO. (Discussion : MM. BALZER, BARTHÉLEMY, STASSANO.) — Sur une observation de névi symétriques de la face publiée par RAYER, par M. AUDRY.

Ouvrages offerts à la Société.

FREUND. — Eine Schutzvorrichtung für Radiotherapeuten. *Sonderabdruck aus der Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 1903-1906.*

FREUND et OPPENHEIM. — Die Röntgenstrahlbehandlung des Lichen ruber planus. *Sonderabdruck aus der Zeitschrift für Elektrotherapie und die physikalischen Heilmethoden*, 1905.

OPPENHEIM et SACHS. — Ueber Spirochätenbefunde in syphilitischen und anderen krankheitsproducten. *Separatabdruck aus der Wiener klinischen Wochenschrift*, 1905.

BRANDWEINER. — Versuche über aktive Immunisierung bei Lues. *Separatabdruck aus der Wiener klinischen Wochenschrift*, 1905.

MUCHA et SCHABER. — Ueber den Nachweis der Spirochaete pallida im syphilitischen Gewebe. *Separatabdruck aus der Wiener klinischen Wochenschrift*, 1906.

BRAULT. — Le Lupus chez les Indigènes musulmans d'Algérie. Extr. des *Comptes rendus du Congrès des Sociétés savantes*, en 1905.

A. FOURNIER. — *En guérit-on ?* Paris, 1906.

DARIER et ROUSSY. — Des sarcoïdes sous-cutanées. Extr. des *Arch. de Méd. expér.*, janvier 1906.

Lettre de M. le Président.

MES CHERS COLLÈGUES,

Je viens vous prier de vouloir bien accepter ma démission de président de notre chère Société.

Une raison unique, que je considère comme un devoir, motive cette démission : c'est que j'ai l'honneur de vous présider depuis novembre 1902, long bail qui m'a paru court.

Or, je ne voudrais pas abuser. Je ne voudrais pas être le président *obstructionniste*, qui s'éternise et de qui l'on pourrait dire — ou penser tout au moins — qu'il « dure bien longtemps ».

Je préfère être le président qui voit autour de lui des collègues très dignes d'hériter de l'honneur dont il jouit, et qui, dans l'intérêt de tous et dans l'intérêt de la Société spécialement, se préoccupe de satisfaire à de légitimes aspirations.

Pour descendre de la présidence, j'entends bien, chers collègues, ne pas vous quitter ; j'entends rester fidèle tout au contraire à vos séances, toujours si instructives et si attrayantes.

Permettez-moi d'ajouter un dernier mot, et celui-ci sera pour vous remercier, vous remercier bien vivement, et de l'honneur que vous m'avez fait et de l'accueil si sympathique, si cordial, que j'ai toujours trouvé près de vous. (*Applaudissements.*)

M. L. JACQUET. — Messieurs, vous aurez, sans doute, entendu comme moi, avec un très vif déplaisir, la lettre par laquelle M. le Prof. Fournier nous annonce l'intention d'abandonner la présidence de notre Société.

Certes, les motifs qui poussent M. Fournier à cette détermination sont

hautement honorables et ne sont pas pour nous surprendre, sa modestie et sa discrétion étant connues de tous.

Mais, nous inspirant, avant tout, de l'intérêt de la Société, je pense qu'il convient de prier instamment M. Fournier de revenir sur cette décision. Je vous propose donc — et j'espère que nous serons unanimes — de lui témoigner clairement que nous ne trouvons point qu'il ait *trop duré* et que nous serons heureux et fiers de le conserver longtemps encore à notre tête. (*Applaudissements unanimes et prolongés.*)

Sur une objection faite au porte-réactif du Localisateur Belot.

PAR M. BELOT.

A la fin de notre dernière réunion, lorsque j'ai présenté le nouveau modèle de localisateur pour radiothérapie, que j'ai fait construire par la maison Gaiffe, on a dit que mon dispositif porte-réactif Sabouraud-Noiré était mauvais, parce qu'il ne comportait pas de lame métallique (tôle) sous la pastille. Il en résulterait une cause d'erreur notable, le réactif devant ainsi subir un retard dans son virage; l'opérateur qui se servirait de ce dispositif dépasserait donc, sans s'en douter, la dose curative.

Je me suis déjà élevé contre la gratuité de cette assertion; j'ai depuis refait quelques expériences, qui m'ont montré de la façon la plus indiscutable, que la nature du support n'avait aucune espèce d'influence sur la rapidité du virage de la pastille Sabouraud-Noiré, utilisée dans les conditions thérapeutiques habituelles.

Autour d'une ampoule Chabaud en activité, j'ai placé à égale distance du focus, toute une série de réactifs: mon dispositif était tel qu'ils devaient recevoir tous une égale quantité de radiations, en supposant sensiblement uniforme l'épaisseur de la paroi de verre; j'avais également tenu compte de l'émission rasante. Chacun des réactifs reposait sur un support de nature différente. J'avais pris intentionnellement des corps de poids atomique très différents: platine, cuivre, aluminium, bois, carton et air.

Après un temps convenable, les réactifs furent comparés entre eux et on constata qu'ils avaient *tous* pris une teinte identique.

La même expérience faite par M. Gaiffe de son côté donna des résultats identiques.

Au lieu de placer les réactifs en une demi-couronne autour du tube, j'ai répété l'expérience, en les disposant sur une surface plane, à une certaine distance (15^{cm}) de l'anticathode. J'avais, bien entendu, employé des supports différents. Les réactifs prirent tous en un même temps, une teinte analogue.

Enfin j'ai pris un réactif Sabouraud-Noiré, dont la moitié seulement reposait sur une lame de fer, l'autre était libre. Je n'ai jamais pu

constater la moindre différence de coloration entre les deux demi-disques.

Ces expériences sont, je crois, suffisamment démonstratives, pour qu'il me soit permis d'affirmer à nouveau, que la nature du support ne modifie en rien le virage du réactif Sabouraud-Noiré.

Il est du reste bien préférable qu'il en soit ainsi. En effet, en supposant que suivant sa nature le support exerce sur le virage du réactif une influence quelconque, il faudrait en chercher la cause dans l'activité secondaire de ce support, et nous aurions là une nouvelle cause d'erreur, puisque pour un même faisceau incident cette activité varie considérablement suivant les poids atomiques des corps constituant le support : les rayons secondaires, en effet, ne résultent pas d'une diffusion élective, mais d'une transformation réelle des radiations incidentes, ainsi que l'a démontré G. Sagnac.

Dans ce cas, du reste, la nature même du support que j'utilise (corps à poids atomique élevé) réduisait à néant la critique qui m'a été adressée.

Enfin, qu'il me soit permis de rappeler, que les rayons secondaires émis par le plomb, le platine, le fer, le zinc, etc., ont leur action photographique ou ionisante, considérablement affaiblie après un trajet d'un millimètre dans l'atmosphère, ou après leur passage à travers une simple feuille de papier noir.

Pardonnez-moi, messieurs, de vous avoir ennuyé par ces quelques détails : ils étaient cependant nécessaires, pour vous permettre de comprendre le résultat de mes expériences.

Pelade par projectiles intracrâniens.

Par le Dr LUCIEN JACQUET.

On m'attribue, malgré mes protestations catégoriques, la pensée que toute pelade est d'origine *dentaire* : rien n'est plus contraire à ma doctrine, qui fait de cette dermatose l'aboutissant d'excitations très diverses, périphériques, viscérales et centrales, souvent associées d'ailleurs.

Voici un fait des plus saisissants, qui ruinera, je l'espère, cette légende.

Le malade que je vous présente est porteur de deux vastes aires peladiques au côté *gauche* du cuir chevelu (fig. 1).

Depuis vingt-deux mois environ, il souffre par intermittences, dans la profondeur du crâne, à *gauche*.

Il y a *deux mois* ces céphalées sont devenues continuelles, et depuis *trois semaines* elles se sont assez brusquement renforcées.

Quelques jours plus tard, la dépilation commençait et, en quinze



FIG. 1. (Cliché Lesage.) — Photographie faite environ 3 semaines après le début de la dépilation (23 février 1906).



FIG. 2. — Radiographie faite le 27 février. (Laboratoire de radiographie de l'hôpital Saint-Antoine, Dr Leray.) — De même que pour la figure 3, l'ombre des projectiles a été renforcée; la gravure eût été, sans cet artifice, peu distincte.

jours, se constituaient par développement excentrique les deux aires que vous voyez.

L'hypotonie cutanée y est très manifeste. La sensibilité est exaltée



FIG. 3. — Radiographie exécutée le 28 février. (Laboratoire de radiographie de l'hôpital Saint-Antoine, Dr Leray.)

aux points d'émergence nerveuse à *gauche*, notamment au point occipital.

En outre, il existe une notable hémiparésie musculaire à *droite*.

Voilà, n'est-ce pas, un singulier syndrome?

La cause nous en paraît saisissable: cet homme a reçu, il y a vingt-deux mois environ, trois balles de revolver; l'une a pénétré à la région frontale gauche et *aurait* été extraite; deux autres *auraient* pénétré par l'oreille droite. Le blessé est resté huit jours dans le coma, puis a repris connaissance, et dès lors sont apparus les symptômes que je vous ai résumés.

Or, vous pouvez constater, sur ces photoradiographies dues à M. Leray, que les deux balles entrées par le région auriculaire *droite*, se voient nettement à la base du crâne à *gauche* (fig. 2).

Ces projectiles, d'abord tolérés, ont produit par irritation ce curieux syndrome : troubles trophiques et sensitifs à *gauche*, avec troubles parétiques à *droite*, comme l'exige l'entrecroisement bulbaire des neurones moteurs.

Voici donc une pelade, qui n'est point d'origine *dentaire*, mais dont la pathogénie est pourtant assez analogue.

Voici maintenant l'observation détaillée de ce malade, due à M. Ménard, externe de mon service.

Pelade à vastes aires du cuir chevelu à GAUCHE. — Longue période de névralgies pré-peladiques à GAUCHE. — Hémiparésie DROITE. — Deux balles de revolver à la région basilaire GAUCHE.

Le nommé L..., Pierre, terrassier, âgé de 45 ans, entré le 20 février 1906, salle Aran, lit n° 8.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 53 ans de maladie inconnue ; mère morte à 88 ans.

17 collatéraux, dont 11 morts en très bas âge, 6 vivants, bien portants ; aucun cas de pelade dans la famille.

Antécédents personnels. — Ni marié, ni uni.

Bien né ; pas de syphilis héréditaire ; vers 14 ou 15 ans, il aurait eu une maladie assez grave ayant duré trois semaines, mais il ne se souvient pas quelle elle était, ni d'où il souffrait.

Tous ses souvenirs sont d'ailleurs assez imprécis, sa mémoire étant rudimentaire.

A 21 ans, il fait son service militaire, pendant lequel il fut soigné pour une tuméfaction du gland et du prépuce sans adénopathie, peu douloureuse, sans ulcération aucune, ayant duré 15 jours. A ce moment, il n'avait, prétend-il, aucun écoulement. Mais, toutes ces données sont très vagues ; il ne se souvient même pas du traitement.

Depuis, rien jusqu'en 1904.

18 Avril 1904. — Comme il rentrait chez lui, vers 10 heures du soir, il fut attaqué, reçut trois coups de revolver et tomba sans connaissance sur la voie publique, d'où on le transporta à l'hôpital Beaujon. Là, il resta huit jours en état de *choc*, et, après quinze jours d'hôpital, regagna son domicile. On lui *aurait* extrait une seule balle, celle du front, mais il souffrait encore violemment de la tête, pouvait à peine marcher, et parlait difficilement.

Il ne semble pas avoir présenté alors de paralysie (hémiplégie faciale ou paralysie), bien qu'il eût un peu d'embarras de la parole.

Après deux semaines passées chez lui, comme il ne s'améliorait guère, on le fait entrer à l'hôpital Bon-Secours, où il reste un mois et demi et d'où il sort amélioré.

Depuis, il a pu reprendre son travail, mais il n'a jamais retrouvé sa bonne santé antérieure, ses forces sont toujours restées moindres, du côté *droit*

surtout, où l'affaiblissement permanent s'accuse à de certains moments, presque brusquement : son bras et sa jambe *droits* devenant alors sans énergie et le contraignant à s'arrêter au milieu de son travail.

Depuis ce temps aussi, il souffre fréquemment de céphalées, pesanteurs avec exacerbations névralgiques du côté *gauche* de la tête.

Janvier 1906. — Sans cause apparente, les céphalées *gauches* augmentent beaucoup de fréquence et d'intensité, au point de devenir presque permanentes, exacerbées surtout la nuit ou, le matin, au réveil.

En même temps, des douleurs dentaires apparaissent, d'abord à droite et en bas, puis généralisées, sous forme de sensibilité très vive au chaud et au froid.

Février. — Vers la fin de la première semaine, et les troubles précédents s'étant encore aggravés, les cheveux commencent à tomber, d'abord à la région temporo-frontale *gauche*, puis au niveau de la région pariétale du même côté, dépilation ayant abouti à la formation des deux aires peladiques qu'il présente aujourd'hui.

État actuel au 27 février 1906. — Le malade présente deux aires peladiques de la région temporo-pariétale *gauche*.

De ces aires, contiguës dans le sens antéro-postérieur, l'une, postérieure, pariétale, à peu près régulièrement circulaire, mesure 10 centimètres de diamètre, présente une peau mate, *très chaude* au toucher, *très hypotonique*, très mobile sur les plans profonds, semée de poils très rares, disséminés, plus nombreux aux bords, le plus grand nombre caduques, quelques-uns tenaces, généralement bien colorés, les uns noirs, d'autres, au contraire, dépigmentés.

Les poils cassés sont en assez grand nombre ; il n'y a pas de poils *franchement massués*, mais seulement amincis de l'extrémité libre vers la racine qui est atrophiée et plus claire, sans être absolument dépigmentée. L'autre aire, antérieure, temporale, sus-jacente à l'oreille *gauche*, mesurant 7 centimètres dans le sens antéro-postérieur, 5 centimètres verticalement, englobant l'avancée temporo-frontale et débordant l'arcade zygomatique. Dans cette aire, les cheveux restants sont plus nombreux, et d'autant plus qu'ils sont plus antérieurs, bien colorés, assez tenaces, sur une peau *très hypotonique*.

Ces deux plaques peladiques sont séparées l'une de l'autre par une bande chevelue, commençant sur le prolongement du bord interne du tragus à 7 centimètres au-dessus, descendant obliquement en bas et en arrière, pour passer en arrière de l'oreille, à 2 centimètres du sillon auriculo-temporal. Cette bande, très fournie en cheveux, en haut et en bas, l'est beaucoup moins à la partie moyenne. Nulle autre lésion peladique sur l'étendue du cuir chevelu ; les cheveux sont abondants, noirs et drus.

Dans la barbe. — On trouve quelques flots dépilés, l'un surtout, net et arrondi, lenticulaire, à 2 centimètres environ au-dessous de la commissure labiale *gauche* : il daterait de deux ans (?)

La pression du point occipital est douloureuse à *gauche*, indolore à *droite* ; celle des points faciaux est également douloureuse des deux côtés. La coloration de la face est égale à droite et à gauche, il n'y a aucune asymétrie faciale, aucun accident des téguments ou des organes faciaux, à part une cicatrice de balle au niveau de la bosse frontale gauche, avec tatouage

bleuâtre en criblure, déterminé par la poudre, et une lésion semblable et de même cause, du pavillon de l'oreille droite.

La parotide droite est légèrement hypertrophiée.

Dans tout le côté *gauche* de la tête, le malade éprouve constamment des pesanteurs, plus vives à de certains moments indéterminés, s'accompagnant d'élancements très douloureux quand il incline fortement la tête en arrière. Tous ces troubles datent de son accident, mais n'ont vraiment atteint ce degré d'acuité et cet état de permanence *que depuis deux mois*. Il y a hyposthésie tégumentaire du côté *gauche* du cuir chevelu, au niveau des plaques de pelade surtout.

L'examen oto-rhino-laryngologique, pratiqué par le Dr Bellin, montre que la muqueuse nasale est, à *droite*, d'une pâleur anormale, et qu'on trouve, à *gauche*, une crête de la cloison avec hypertrophie assez marquée de la muqueuse du cornet moyen de ce côté.

Examen dentaire. — La denture est en très bon état. Seule, la dent de sagesse inférieure droite est légèrement encapuchonnée.

Pyorrhée alvéolaire légère, et généralisée.

Examen radiographique pratiqué à droite, à gauche, de face et par la région occipitale ; tous les examens concordent et montrent : 1^o des éclats de projectile à la région frontale *gauche* et médiane, et deux balles entières et aplaties, à la région basilaire *gauche*.

État général : il est excellent ; le malade est *peu alcoolisé, non syphilitique*.

Tous les organes sont sains, sauf le système nerveux qui présente quelques troubles. Le malade se plaint, en effet, que, depuis son accident, outre les douleurs encéphaliques notées plus haut, ses forces ont beaucoup diminué du côté *droit* et souvent, au milieu du travail, sa jambe *droite* faiblit, sa main *droite* devient sans force, au point qu'il est obligé de lâcher sa pioche. De fait, sa main *droite* serre moins vigoureusement que la gauche.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire correspondante. Il n'y a pas, non plus, de troubles thermiques de ce côté, ni de troubles de la sensibilité superficielle, mais on note une assez vive hyperesthésie musculaire généralisée. Les réflexes tendineux sont conservés normaux et égaux des deux côtés. Les réflexes pupillaires sont normaux aussi et les pupilles sont égales.

La mentalité du malade est assez fruste, et il est constamment dans un état de satisfaction, de vague béatitude qui, joint à une légère dysarthrie datant de l'accident, rappelle les troubles analogues de la paralysie générale, dont il n'a, d'ailleurs, pas d'autres signes.

M. BAUDOUIN. — J'ai observé, il y a 4 ans, un homme jeune qui, dans une tentative de suicide, se logea trois balles de revolver dans la tête ; deux balles ne purent être extraites et sont restées dans les os du crâne. Depuis lors, ce blessé a eu des névralgies très violentes du côté correspondant du crâne, mais il n'a pas perdu un cheveu.

M. HALLOPEAU. — Est-il bien certain que le malade de M. Jacquet soit atteint d'une pelade vraie, et qu'il ne s'agisse pas de l'alopécie trophonévrotique qui peut la simuler ?

M. JACQUET. — Je demande à M. Hallopeau si, ayant obtenu une dépilation

semblable avec des produits peladiques, il n'eût pas conclu à une magnifique pelade ? Assurément, elle ne présente pas *tous* les caractères classiques assignés à cette maladie ; mais nulle pelade quelconque ne présente *tous* ces caractères et pas un dermatologiste ne refusera d'appeler pelade une dépilation analogue, accompagnée d'une énorme hypotonie.

M. HALLOPEAU. — La pelade est un type clinique spécial ; on ne constate ici, ni les poils follets, ni les cheveux renflés en massue, ni l'aspect éburné qui la caractérisent.

M. JACQUET. — Les poils follets n'existent pas encore, parce que la dépilation est récente ; *ils apparaîtront plus tard*. Quant aux cheveux massués, leur absence s'explique aisément si l'on songe que cet aspect du cheveu est dû au moindre fonctionnement de la papille pileaire. Pour que le poil devienne massué, il faut qu'il vive quelque temps de cette vie amoindrie ; or, cette pelade s'est réalisée en trois semaines, les cheveux n'ont pu prendre macroscopiquement l'aspect massué, mais, histologiquement, on trouve *déjà* leur racine amincie.

M. HALLOPEAU. — Je demande l'opinion de M. Sabouraud sur cette alopecie.

M. SABOURAUD. — Je n'avais pas demandé la parole, parce que je n'avais rien d'intéressant à dire sur ce sujet. Il est certain que cette alopecie ressemble plus aux dépilations produites par les rayons X qu'à la pelade ; il est rare, en effet, qu'une pelade évolue aussi rapidement sans présenter sur ses bords des cheveux nettement peladiques. C'est donc une alopecie en aire insolite dans ses caractères objectifs. C'est tout ce que je puis dire.

M. HALLOPEAU. — Ce n'est donc pas une pelade vulgaire.

M. JACQUET. — L'examen radiographique a été fait *pour la première fois*, APRÈS la photographie reproduite par la figure 1. Il est donc impossible d'attribuer cette dépilation aux rayons X.

D'autre part, je ne crois point, contrairement à M. Sabouraud, qu'il y ait une variété d'altération de cheveu qui soit *spécifiquement* peladique. J'ai tout lieu de croire qu'il n'y a entre les divers degrés de l'atrophie pileaire qu'une différence de *degré*, et non de *nature*, comme je l'ai dit dans mon premier mémoire sur la pelade.

Je voudrais bien voir M. Hallopeau définir ce qu'il entend par pelade *vulgaire*.

M. LEREDDE. — On peut se demander s'il n'y a pas une distinction à établir entre ces alopecies trophoneurotiques rapides, massives, et la pelade vulgaire qui, d'ordinaire, progresse d'une façon excentrique.

M. JACQUET. — Ce développement excentrique des plaques peladiques, que M. Hallopeau invoque bien à tort en faveur du parasitisme, s'est précisément rencontré ici. Cette dépilation a eu nettement deux points de départ, l'un temporal, l'autre pariétal, et chacune des aires initiales s'est agrandie *excentriquement* en quelques jours.

(1) On remarquera que sur la figure 3 l'ombre formée par le projectile supérieur, ne correspond, ni comme situation, ni comme dimension,

(4) Note complémentaire ajoutée après la séance.

à celles que l'on voit sur la figure 2 : il y avait là une incertitude et j'ai voulu la faire cesser.

J'ai donc prié MM. Belot et Haret, assistants de radiologie de mon collègue et ami Bécère, de faire un examen radioscopique très soigneux.

Voici la note qu'ils ont bien voulu me remettre, après examens répétés :

A l'examen radioscopique latéral de la tête, on voit nettement deux taches sombres qui correspondent comme forme et comme intensité à l'ombre habituellement donnée par des balles. Quelques petits fragments de métal (plomb) se voient dans la région frontale (médiane).

Nous avons cherché à localiser les deux balles, sans nous occuper des fragments qui ne présentent aucun intérêt dans ce cas. Nous avons utilisé la méthode radioscopique habituelle.

La première balle entrée par l'oreille *droite* est restée dans cette région. Elle se trouve légèrement en avant et un centimètre au-dessus de l'orifice externe du conduit auditif et à un centimètre et demi à deux centimètres de profondeur.

La seconde balle, probablement entrée par le front, où elle a laissé quelques traces (fragments), se trouve à *gauche*.

Elle est située à deux centimètres au-dessus de l'orifice externe du conduit auditif et à deux centimètres et demi de profondeur.

Ainsi, contrairement à ce que la radiographie m'avait fait conclure, il y a une balle à *droite*, et une à *gauche* ; et le projectile supérieur de la figure 3 n'est évidemment qu'un des éclats de la région frontale. Cette correction ne saurait changer d'ailleurs l'interprétation des faits : les céphalées et troubles sensitifs du côté *gauche*, qui durent depuis l'accident, ne peuvent être attribués qu'au projectile *gauche*.

Et l'hémi-parésie *droite* ne peut évidemment être attribuée, elle aussi, qu'à ce même projectile *gauche*.

Depuis la séance, d'intéressantes modifications se sont produites dans la pelade de mon malade : les troubles sensitifs, les céphalées ont cessé ; l'hyperthermie du cuir chevelu, dans la zone dépilée, a beaucoup diminué ; et corrélativement, la dépilation si rapidement extensive *s'est arrêtée*.

Ces deux derniers jours (12 et 13 mars) la céphalée tend à disparaître.

Je crus pouvoir répondre à M. Hallopeau, m'objectant l'absence de poils follets, qu'ils « *apparaîtraient plus tard* ». Je fus bon prophète : aujourd'hui ils existent. Et l'on peut voir ainsi combien sont fragiles les barrières que, bien gratuitement, on s'imagine pouvoir élever entre diverses variétés de dépilation.

Adénopathie néoplasique régionale provoquée par le traitement radiothérapique.

Par MM. GASTOU et DECROSSAS.

A la suite de la radiothérapie de l'épithélioma cutané nous avons observé des répercussions ganglionnaires néoplasiques immédiates ou tardives sur les ganglions correspondant à la lésion traitée. Voici en particulier deux cas sur lesquels nous voudrions provoquer la discussion relativement à la technique et aux contre-indications de la radiothérapie dans l'épithélioma cutané.

Dans le premier cas : épithélioma à type de verrue sénile, traité dans le service de M. Danlos, la guérison s'est faite en 7 séances. Cinq mois après, hypertrophie du ganglion parotidien qui s'ulcère et donne un épithélioma qui couvre une partie de la face.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'un ulcus rodens de la région temporale de même siège que pour le cas précédent. Après une seule séance de 5 H, poussée adénopathique intense et douloureuse, parotidienne et rétromaxillaire.

Or dans ces deux cas la technique de traitement a été celle employée pour tous les malades atteints d'épithélioma. Il n'y a eu ni radiodermite ni infection locale. En présence de ces faits il y a lieu de se demander si, chez certains sujets et dans certaines formes d'épithélioma, la radiothérapie ne doit pas être contre-indiquée, ou bien si la répercussion ganglionnaire ne tient pas à la technique elle-même, qu'elle soit due à la quantité de rayons absorbés ou à la façon dont ils sont absorbés. C'est sur ces questions que nous demandons l'avis de la Société.

Voici d'ailleurs les observations résumées du traitement appliqué :

OBSERVATION I. — M. B..., 81 ans. — Épithélioma de la région temporale, d'antériorité de sept mois. Le malade a fait sept séances de radiothérapie chez M. le Dr Danlos. Ces séances étaient de 5 H chaque fois, étincelle équivalente, variant de 6 à 8 centimètres, distance de 15 centimètres à l'anticathode, durée de la séance de vingt minutes. Les séances ont été ainsi réparties.

Décembre 1904 : 27. Janvier 1905 : 3, 6, 24, 31. Février : 7, 14. Le malade est guéri. Cinq mois après, récurrence sur un ganglion parotidien. Traitement radiothérapique recommencé le 22 septembre 1905. A fait huit séances, les six premières de 30 minutes, 5 H chaque fois; les deux autres, de cinq minutes chacune. Septembre 1905 : 22, 27, 29. Octobre : 10, 17, ganglions très tuméfiés. Novembre, le bourrelet s'accroît, la plaie se creuse et suppure : 13, 16. Décembre : bourgeons au fond de la plaie, suppuration intense, extension de la plaie en largeur et en profondeur, douleurs vives. 22, réaction. Puis nouvelle extension, plaie très profonde en raison de la tuméfaction du bourrelet. Février 1906 : extension progressive, suppuration abondante et fétide, paralysie faciale. Le malade souffre, ne dort qu'avec du trional, mais, malgré tout, conserve un bon état général. Mars : même état.

Obs. II. — M. B..., 57 ans. Epithélioma de la région temporale, datant de trois ans. Le malade ne s'est pas encore soigné. Traitement radiothérapique commencé le 24 janvier 1906. A fait six séances, la première de 3 H en trente minutes, les autres de cinq minutes. Janvier 1906 : 24, à la tempe; cinq jours après cette séance, douleur, apparition de ganglions préauriculaire et rétromaxillaire qui deviennent volumineux et douloureux spontanément; à partir de ce moment les séances sont faites seulement sur les ganglions. Février : 10, sur le ganglion rétromaxillaire, douleurs vives dans la tête apparues trente-six heures après la séance; 13 sur le ganglion rétromaxillaire, même aspect de l'ensemble, les ganglions sont toujours très durs, très volumineux et douloureux; 20, sur le bourgeon épithélial, même état dur et douloureux des ganglions; 23, sur le bourgeon épithélial, pas encore de radiodermite, les ganglions ne sont pas modifiés; 27, sur le ganglion rétromaxillaire Mars : 1^{er}, les ganglions sont dans le même état, mais ils sont moins douloureux, la néoplasie ne s'est pas modifiée.

Les dangers et les contre-indications de la radiothérapie dans le traitement des épithéliomes de la peau.

Par M. LEREDDE.

S'il existe, et on ne peut qu'en être heureux, une tendance à diminuer le nombre des méthodes thérapeutiques employées dans certaines maladies, tendance qui ne sera jamais trop prononcée à mon avis, il faut regretter et même condamner la tendance de certains médecins à ne pas garder de mesure et, sans autre cause, à n'employer qu'une seule méthode, parce qu'ils en connaissent la technique, lors même que cette méthode n'a pas sur d'autres une supériorité *absolue* et *constante*. Si les chirurgiens ne connaissent pour traiter certaines affections que les procédés chirurgicaux, il ne faut pas que dans d'autres les radiothérapeutes veuillent employer la radiothérapie d'une manière exclusive. Mais ces excès, dans tous les sens, existeront tant qu'on n'aura pas apporté d'esprit critique dans les travaux de thérapeutique... et ceci peut se faire attendre longtemps.

Au Congrès de Dermatologie qui a eu lieu en octobre 1904 à Berlin, congrès auquel la question des épithéliomes de la peau et de leur traitement avait été proposée, un chirurgien éminent, et dont le nom est bien connu en France, le Prof. von Bergmann, prit la parole et communiqua la statistique des résultats qu'il avait obtenus dans le traitement chirurgical de l'épithéliome cutané. Statistique remarquable, démontrant la cure complète et définitive dans l'immense majorité des cas. Le Prof. von Bergmann concluait à l'adoption d'une règle simple qu'on pourrait formuler ainsi : Hors du bistouri, point de salut. Sans parler des autres méthodes de traitement, il ne s'opposait pas du reste à l'emploi de la radiothérapie dans les épithéliomes *inopérables* !

Je ne sais si tous les chirurgiens allemands ont une pareille intransigeance, et si tous bannissent la radiothérapie de la thérapeutique du cancer de la peau. En France, il n'en est pas de même, et certains chirurgiens, Tuffier, entre autres, ont employé les rayons X dans cette affection. Des discussions qui ont eu lieu à la Société de Chirurgie ont montré que nos chirurgiens faisaient preuve d'un esprit libéral et que nombre d'entre eux étaient disposés à utiliser la radiothérapie, même dans d'autres cancers que celui de la peau, et, par exemple, chez des malades atteintes de cancer du sein, et cherchaient à déterminer : 1° les cas dans lesquels il faut opérer d'emblée ; 2° ceux dans lesquels il faut opérer, puis faire de la radiothérapie ; 3° ceux dans lesquels il faut faire de la radiothérapie sans intervenir par le bistouri.

Je crois bien qu'on s'accordera d'ici peu pour reconnaître à la radiothérapie une valeur *curative* dans le traitement de l'épithéliome cutané, directement accessible aux rayons, et, d'autre part, une valeur, non pas curative, mais *palliative*, dans le traitement des épithéliomes profonds. Les rayons X ne détruisent pas les tissus épithéliomateux lorsqu'ils ont à traverser, avant de les aborder, la peau, des tissus sous-cutanés et plus profonds ; bien plus, ils n'agissent en aucune manière sur les lésions qui ont envahi les voies lymphatiques et les ganglions à distance. Mais ils suppriment les douleurs *dans un très grand nombre de cas, et pendant une longue période de temps*, ils diminuent les œdèmes et l'infiltration des tissus et grâce à ces actions élémentaires peuvent faire disparaître les symptômes dont la douleur, l'œdème sont peut-être l'origine ; c'est ainsi que chez des malades atteints de cancer d'estomac, les rayons X peuvent souvent faire disparaître les vomissements et l'anorexie. Bref, et il faut qu'on le sache, la radiothérapie est une admirable méthode d'amélioration des cancers profonds, et d'autant plus utile que ces cancers sont moins profonds et peuvent absorber une plus grande quantité de rayons sans accidents dangereux pour la peau qui les recouvre.

* *

Une question reste à résoudre, qui a été soulevée. La radiothérapie ne peut-elle hâter l'évolution, précipiter la marche de certains cancers ? Des auteurs ont affirmé avoir vu des cancers prendre une marche rapide à partir du moment où la radiothérapie a été faite, mais leurs observations sont loin d'être concluantes, et seule serait probante une série de faits assez nombreux et précis. Dans les faits publiés, on ne peut savoir si l'apparition de nouveaux accidents, une évolution plus rapide ne sont pas simplement d'ordre naturel et non pas liées à l'intervention thérapeutique. La question pourra être

résolue par l'observation de malades atteintes de cancer du sein, chez lesquelles l'évolution des accidents locaux peut être suivie de près, puisque le médecin a réellement les lésions sous la main. Jusqu'à nouvel ordre, on peut admettre que les dangers de la radiothérapie dans les cancers profonds ne sont pas démontrés, que les avantages le sont et qu'on peut s'en servir sans hésitation pour *atténuer* les accidents du cancer.

On n'a pas signalé jusqu'ici, à ma connaissance, d'aggravation consécutive à la radiothérapie chez les malades atteints d'épithéliomes de la peau (1). Je voudrais dans ce travail essayer de classer et d'énumérer quelques contre-indications de la méthode : on verra que dans des cas, rares il est vrai, où j'ai appliqué les rayons X, j'ai eu à regretter de l'avoir fait. Je serai conduit en outre à rechercher si la technique actuelle, au moins celle qui devient classique en France, ne doit pas être modifiée.

* *

Bien entendu, je crois, et un grand nombre de médecins, qui ont vu des malades traités et guéris sont actuellement de cet avis, aux indications formelles, fréquentes de la radiothérapie dans les épithéliomes de la peau.

La formule du Prof^r von Bergmann est une formule de chirurgien, ignorant ou voulant ignorer l'évolution propre du cancer cutané, si lente, si torpide, et qui laisse au médecin le temps d'agir sans brutalité. Cette formule ne me surprend pas de la part d'un chirurgien célèbre ; certaines notions, élémentaires pour les médecins qui exercent une spécialité, sont ignorées de ceux qui en exercent une autre et surtout de ceux qui l'exercent le plus brillamment ; d'autre part, beaucoup de médecins ignorent des notions qui paraissent élémentaires aux spécialistes : combien n'en ai-je pas vu qui étaient surpris en apprenant qu'une lésion observée par eux sur la peau depuis six ans ou plus était du cancer, de l'épithéliome, si l'on veut prendre un terme anatomique et non le terme clinique, qui prête à confusion.

Les avantages propres à la radiothérapie, et qui sont bien connus aujourd'hui, sont l'indolence du traitement, la perfection esthétique de ses résultats. Appliquée à un épithéliome cutané qui n'a pas envahi les voies lymphatiques, elle doit amener la guérison d'une

(1) Il existe cependant une note de M. Danlos, communiquée à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 2 février 1905, signalant des insuccès et des accidents : les faits de M. Danlos concernent surtout des cancers des lèvres et non des cancers du tégument de la face. Des auteurs américains ont signalé l'aggravation du cancer des lèvres par la radiothérapie et, pour ma part, je me refuse systématiquement à toute intervention radiologique dans ce type morbide.

manière définitive. *A condition*, faut-il ajouter, qu'elle soit bien faite. Mais cette restriction s'applique à toutes les autres méthodes. Nous verrons plus loin ce qu'il faut entendre par radiothérapie *bien faite*.

L'inconvénient principal de la méthode se trouve dans ce fait que tout médecin n'est pas radiothérapeute. De sorte que souvent le praticien préférera employer des procédés qui sont à sa disposition, et il en aura parfaitement le droit, s'il les manie de façon à guérir son malade. En général, il emploiera des caustiques chimiques. Il aura tort, à mon avis, lorsque l'épithéliome ne sera pas une toute petite tumeur limitée, petit papillome, petite perle, petite saillie hyperkératosique. Il est difficile, au moyen des caustiques chimiques, de détruire exactement *tous* les tissus malades ; neuf fois sur dix au moins un épithéliome de la peau devenu grave est un épithéliome cautérisé d'une manière réitérée pendant des années sans résultat. Je crois que le médecin doit préférer, aux caustiques chimiques, le curettage avec cautérisation thermique secondaire. Mais je ne veux pas me laisser entraîner hors de mon sujet, et comparer de près ici les méthodes de traitement de l'épithéliome de la peau, J'ai récemment traité ce sujet dans divers périodiques (1).

Si nous cherchons à établir les indications respectives de la radiothérapie et de l'ablation, nous verrons que dans beaucoup de cas l'hésitation est permise et que le médecin peut agir à son gré. Souvent le malade, impressionné par le mot opération, préférera la radiothérapie et indiquera au médecin, si celui-ci le laisse libre de son choix, la ligne de conduite à suivre.

Mais il y a des cas où la radiothérapie est, d'une manière indiscutable, préférable à l'ablation. J'ai déjà essayé d'en donner quelques exemples.

En premier lieu, les épithéliomes des paupières me semblent relever sans conteste des rayons X. On sait combien il est difficile de guérir ces tumeurs par les caustiques. Le médecin ignore les limites de l'épithéliome palpébral, car sa dureté se confond avec celle des tissus voisins.

La radiothérapie offre l'avantage, grâce à son action élective, d'amener la destruction et l'élimination des tissus néoplasiques, de respecter les autres. Et elle ne produit pas l'atrésie de la fente oculaire comme le fait l'ablation (2).

(1) LEREDDE. *Revue pratique des maladies cutanées* et *Journal des praticiens*.

(2) Le Dr Trousseau a publié récemment dans la *Presse médicale* l'observation d'un malade chez lequel la radiothérapie avait échoué et qui guérit par l'ablation. Mais on n'apprend pas dans le travail de l'auteur comment la radiothérapie avait été faite. D'autre part, le travail n'établit pas que l'ablation ait donné une guérison définitive.

Dans les épithéliomes un peu étendus du nez, dans ceux qui ont ouvert les narines, la radiothérapie permet de respecter intégralement le squelette. L'opération chirurgicale oblige souvent à enlever des tissus osseux, alors que l'application des rayons X ne *détruit que ce qui est malade* et (bien faite) *détruit tout ce qui est malade*.

Pour compléter ces indications, je signalerai des épithéliomes très étendus en surface, mais sans profondeur, où l'intervention chirurgicale exigerait des sacrifices considérables. Je ne puis du reste avoir la prétention d'énumérer ici et dès à présent tous les cas où les rayons X doivent être préférés ; d'autres auteurs pourront peut-être en trouver d'autres. Je veux maintenant signaler les dangers possibles de la radiothérapie et essayer de dégager des contre-indications ; dans les cas dont je vais parler, l'ablation doit être préférée par le médecin.

Le premier cas dans lequel j'ai pu constater les dangers de la radiothérapie, remonte maintenant à un an et demi. Il concerne une dame âgée de 70 ans, qui présentait, depuis plusieurs années, une épithéliomatisation entièrement superficielle de la partie inférieure de la joue gauche.

L'affection ne s'était pas étendue et avait guéri sur beaucoup de points, grâce à des galvanocautérisations, des curettages superficiels. Un mois environ avant l'époque où je vis la malade, s'était développée une petite nodosité, qui occupait la partie moyenne du derme ; elle avait atteint peu à peu le volume d'un petit pois.

Le développement rapide de cette lésion m'inspira quelques craintes et j'hésitai à faire de la radiothérapie. La malade résista à une proposition d'intervention opératoire ; comme il n'y avait en somme aucun symptôme d'infection à distance, d'invasion des lymphatiques et des ganglions, je finis par me décider : quelques séances de radiothérapie amenèrent la disparition complète du nodule. La guérison parut complète ; une petite cicatrice régulière, blanche se forma. — Au bout d'un an, la malade revint me voir ; elle présentait depuis peu une grosse adénopathie *cancéreuse* sous-maxillaire qu'il fallut faire enlever au bistouri. Une ablation large de la petite tumeur constatée l'année précédente, aurait évité, j'en suis convaincu, l'invasion des lymphatiques et la mort de la malade.

Un second cas défavorable concerne un homme d'une trentaine d'années dont la face était couverte, d'ancienne date, par un immense lupus érythémateux. Sur la joue gauche se développa un épithéliome qui, en six mois, prit le volume d'une mandarine, épithéliome végétant, mou, extrêmement vasculaire.

Une opération paraissait contre-indiquée, elle aurait exigé des sacrifices considérables : l'ablation d'une grande partie de la joue et une large greffe consécutive. Je préférerai la radiothérapie ; quelques séances firent disparaître l'épithéliome, une cicatrice régulière se forma à la place. Un mois après, je revis le malade : le cou présentait un grand nombre de ganglions de développement récent, durs, évidemment cancéreux. Je n'ai plus entendu parler du malade, qui doit être mort à l'heure actuelle.

Troisième cas. Un paysan de 60 ou 61 ans me fut adressé pour être traité d'un immense épithéliome végétant qui couvrait depuis une vingtaine d'années le menton, la lèvre inférieure, et s'étendait largement sur la joue gauche. Cet épithéliome exhalait une odeur infecte... J'admirai l'incurie de cet homme qui se préoccupait fort peu de son mal et ne s'en était pas préoccupé pendant vingt ans. Il ne pouvait être question d'opération chirurgicale ; une vingtaine de séances de radiothérapie firent disparaître les lésions, une cicatrice les remplaça au niveau du menton, de la lèvre inférieure et de la joue. Mais je revis récemment le malade, présentant *dans l'épaisseur de la joue* une masse épithéliomateuse, je conseillai de faire une opération, le malade s'y refusa de la façon la plus formelle. Il est mort maintenant.

Dernier cas. J'ai vu récemment une jeune femme atteinte d'une épithéliome mélanique du rebord de l'oreille, avec infection cancéreuse des ganglions du cou. Cette malade portait, il y a trois ans, une petite tache mélanique, qui fut cautérisée au thermocautère ! Comme il est de règle en pareil cas, le nævus irrité fut le point de départ d'une tumeur mélanique, laquelle s'agrandit peu à peu. La malade fut traitée par la radiothérapie sans aucun résultat : la tumeur continua à s'accroître, les ganglions furent pris. Quand je la vis, il me parut que toute opération était inutile, et je dus me borner à prescrire un traitement arsenical.

* *

A quelles déductions conduisent ces observations fort différentes les unes des autres ? Bien entendu, je ne les énumérerai qu'avec réserves ; de nouveaux faits permettront peut-être à d'autres auteurs de mettre au point, de rectifier les opinions que je vais émettre.

Dans les deux premières observations, un fait est commun : la rapidité du développement des lésions épithéliomateuses. Il est tout à fait exceptionnel d'observer des épithéliomes cutanés qui atteignent en six mois le volume d'une mandarine et même en un mois le volume d'un pois. Il s'agit, chez mes deux malades, de types d'observation rare.

Mais je suis prévenu et je refuserai à l'avenir de faire de la radiothérapie dans des cas où l'épithéliome cutané n'a pas la démarche torpide, extraordinairement lente qu'il présente peut-être 99 fois sur 100.

Affection microbienne ou non, le cancer est une maladie infectante ; chaque cancer a sa « virulence » propre, et on peut admettre qu'il est dangereux de faire de la radiothérapie lorsqu'un cancer de la peau est plus virulent qu'il ne l'est d'habitude. L'histoire du malade dans chaque cas permet de renseigner le médecin. Dans ma seconde observation, l'épithéliome avait eu depuis son début une marche rapide ; la première concerne une malade chez laquelle l'évolution avait été extrêmement torpide pendant des années, mais chez

laquelle était survenue une petite tumeur ayant acquis rapidement un volume appréciable, et, qui plus est, intradermique. Cette tumeur aurait dû, je le répète, être enlevée et non détruite.

Ma troisième observation prête à des considérations fort différentes, parce qu'il s'agit d'un cas extraordinairement lent dans son évolution, malgré le développement considérable des lésions, et ayant conservé sa marche lente jusqu'au moment où on pratiqua la radiothérapie. Comment expliquer la récurrence grave chez le malade ? Il ne s'agissait pas, je le rappelle, d'une récurrence de surface, mais d'une infiltration cancéreuse profonde infiniment plus rapide dans sa marche que la tumeur initiale : en deux mois au plus, elle avait acquis le volume d'une noix. La radiothérapie avait-elle donc modifié la « virulence » des lésions, activé leur évolution, comme on a admis qu'elle peut le faire dans certains cas de cancer viscéral ?

Il est bien difficile de déterminer à quelle cause est due la « virulence » d'un cancer, tout autant que celle des maladies dont la nature parasitaire est démontrée. On ne peut parler que par hypothèses, et on doit renoncer d'avance à en démontrer le bien fondé. Il me semble que les conditions anatomiques doivent jouer un rôle considérable. Une tumeur cancéreuse qui se développe de dedans en dehors, qui peut bourgeonner tranquillement sur une surface libre, ne peut-elle devenir plus virulente, lorsque les conditions anatomiques où se trouvent les éléments qui la constituent sont modifiées, lorsque le médecin a déterminé, par exemple, une barrière cicatricielle gênant l'évolution ultérieure des cellules cancéreuses ? Voici un papillome dont les cellules s'élèvent régulièrement de la profondeur vers la surface, débordent le plan cutané et s'éliminent peu à peu après avoir subi ou non une kératinisation, l'influence des infections superficielles, peu importe. Le papillome est détruit, une nappe mince de tissu scléreux, cicatriciel ferme la surface. Si la destruction n'a pas été totale, absolue, que va-t-il se passer ? Les cellules épithéliales qui restent en profondeur conservent leur vitalité, elles tendent à se multiplier, n'est-il pas possible qu'elles se multiplient plus énergiquement ? que leur vitalité soit modifiée, sauf dans les cas où elles sont complètement nécrosées et disparaîtront à la longue.

C'est ainsi que j'expliquerais la récurrence profonde observée dans le troisième cas que j'ai cité plus haut, et le changement dans la virulence du cancer.

*
*

Les considérations précédentes m'ont conduit à me demander si la technique que nous avons adoptée pour le traitement radiothérapique des épithéliomes doit être considérée comme définitive et ne

doit pas être modifiée dans une certaine mesure. Pendant longtemps la technique de ce traitement n'a pas été réglée. La crainte des accidents radiothérapiques obligeait les opérateurs à procéder avec beaucoup de prudence et de lenteur. Mais, depuis, des règles ont été adoptées par divers auteurs et il faut faire attention avant de leur accorder une valeur définitive.

La quatrième observation que j'ai rapportée ne suffit pas à elle seule à conclure qu'il est dangereux de traiter par la radiothérapie un épithéliome (ou un sarcome mélanique) ; je l'ai citée simplement pour montrer quels risques fait courir au médecin et au malade la croyance dans des formules trop simples. En présence d'un nævus mélanique, on ne doit pas agir comme en présence d'un épithéliome banal, on ne doit *rien faire*, ou, si l'on fait quelque chose, on doit enlever largement, *au delà des limites du mal*. Il est dangereux de cautériser les lésions, parce qu'on provoque l'extension et l'aggravation rapides, parce qu'on détermine presque à coup sûr l'infection ganglionnaire. Il est dangereux de faire de la radiothérapie, simplement parce qu'on peut enlever aux malades les chances d'une opération, quand il est encore temps de la faire. S'il s'agit seulement de traiter d'une manière palliative, de calmer des douleurs, de donner au malade la satisfaction morale, qu'il peut avoir par l'emploi d'une méthode dans laquelle on lui inspire confiance, c'est autre chose...

Je comprends bien aujourd'hui pourquoi certains chirurgiens ont protesté contre l'emploi de la radiothérapie dans les cancers autres que ceux de la peau. Le médecin est entraîné à traiter par les rayons X des cancers à une époque où ils sont encore curables par l'opération, parce qu'il ne distingue pas avec assez de netteté la radiothérapie méthode curative, de la radiothérapie méthode palliative, parce qu'il ignore encore que la radiothérapie ne peut guérir les cancers non cutanés, et vraiment on ne saurait le lui dire avec trop d'énergie. Je comprends également les dangers qu'il y a à faire de la radiothérapie une méthode non générale, mais universelle de traitement des cancers de la peau, même dans les formes rapides, même dans les formes très profondes, même dans les formes mélaniques. Depuis plus de deux ans, nous pouvons mesurer les effets des rayons X sur les tissus, et la technique a été réglée.

Brocq, Bisserié et Belot font absorber par la peau 8 unités Holzknacht en deux séances consécutives, et au bout de quinze jours font de petites séances pour achever la guérison.

J'ai moi-même adopté une technique à peu près identique, un peu plus systématique déjà. Je fais absorber par la tumeur 8 unités de Holzknacht en deux jours ; au bout de quinze à vingt jours, le traitement est repris de la même manière. On peut guérir ainsi en quatre ou

six séances. des épithéliomes de dimensions moyennes d'un centimètre de diamètre par exemple.

Dans un travail récent, Noiré, qui conseille de traiter *systematiquement* tous les épithéliomes de la peau par la radiothérapie, déclare qu'il faut faire absorber à chaque séance 5 unités de Holzkecht, en recommençant seulement tous les quinze jours (1).

Eh bien, ces techniques simples, faciles, uniformes et qui pourraient être appliquées par des radiologistes qui ne seraient pas médecins, ont des inconvénients. J'indique seulement ceux qui me viennent à l'esprit.

1° Il existe des épithéliomes hyperkératosiques et des épithéliomes perlés où la dose de rayons X qui suffit à détruire un épithéliome adulte ne peut suffire à amener la destruction.

J'ai indiqué dans un travail antérieur que les tissus cornés empêchaient la pénétration des rayons de Röntgen. Il faudrait donc, lorsqu'on veut traiter une tumeur hyperkératosique ou perlée, par la radiothérapie, employer des doses supérieures aux doses normales ; mais le mieux n'est-il pas d'enlever les tissus cornés par la curette ou tout autre moyen, avant de faire de la radiothérapie, si l'on ne veut pas employer simplement le curettage avec cautérisation thermique secondaire ?

2° Il existe des épithéliomes volumineux où une dose totale de 16 unités de Holzkecht est loin de suffire à amener la guérison.

Chez deux des malades dont j'ai parlé plus haut, la dose employée fut respectivement de 32 et de 168 unités H (dans ce dernier cas, il est vrai, l'extension de la tumeur obligea à traiter cinq points isolément), et j'ai regretté depuis de ne pas avoir employé une dose supérieure, qui aurait peut-être empêché le développement profond du cancer.

3° J'arrive à une notion beaucoup plus importante à mon avis. Les faits que j'ai rapportés montrent que des épithéliomes traités par la radiothérapie peuvent récidiver en profondeur par suite d'une inclusion de cellules épithéliomateuses qui est le point de départ des noyaux profonds.

N'y a-t-il pas lieu d'agir dans tous les cas comme dans les épithéliomes virulents de manière à éviter cette inclusion ?

Pour y arriver, je crois qu'il y a lieu : 1° d'augmenter les doses de rayons X appliquées sur les épithéliomes cutanés ; 2° de rapprocher les séries du traitement, de reprendre la radiothérapie avant l'époque où la transformation cicatricielle est achevée, et amener l'inclusion d'éléments épithéliomateux.

Les recherches que j'ai faites sur le traitement du lupus érythé-

(1) Technique du traitement radiothérapique de l'épithéliome cutané. *Presse médicale*, 12 oct. 1904.

mateux me démontrent qu'on peut faire absorber par une surface cutanée, en deux ou trois séances, 10 à 12 H sans provoquer une radiodermite douloureuse. On peut agir de même dans les épithéliomes de dimensions normales et reprendre les applications au bout d'une vingtaine de jours. Je crois même qu'il sera prudent, au bout d'un mois, de faire une troisième série thérapeutique. Nous voilà loin, à ce qu'on voit, des doses proposées par Noiré.

Ceci, bien entendu, n'est qu'un plan général de traitement qui doit être modifié dans beaucoup de cas, qui devra l'être en particulier dans les épithéliomes volumineux où la destruction totale, absolue des éléments exige une dose souvent considérable de rayons X.

Et d'autre part il faudra, *dans tous les cas*, soumettre le malade à une surveillance lorsque la radiothérapie aura amené la guérison *apparente*. C'est à cette condition que le médecin sera sûr d'avoir obtenu une guérison *vraie, définitive* et n'aura jamais à regretter de n'avoir pas fait ou fait faire l'ablation, qui peut avoir ses inconvénients, mais offre l'avantage d'amener, quand elle est bien faite, la guérison radicale, que l'on doit toujours chercher à obtenir dans un cancer de la peau.

* *

On me permettra peut-être de résumer ce travail en quelques conclusions.

La radiothérapie est une excellente méthode de traitement de l'épithéliome cutané, et doit être employée pour guérir cette affection, en particulier dans les cas adultes, au même titre que l'ablation ou le curettage avec cautérisation thermique secondaire, de préférence à tous les autres procédés et, en particulier, aux caustiques chimiques, *la technique de la cautérisation chimique ne pouvant être réglée de manière à détruire exactement tous les tissus malades et rien de plus.*

Entre autres cas où la radiothérapie doit être préférée à l'ablation, je citerai les épithéliomes des paupières, ceux du centre de la face, où les parties molles sont détruites sur une large étendue et où le squelette est mis à nu.

Dans beaucoup de cas le choix entre la radiothérapie et l'ablation sera une question d'opportunité, dont la solution dépendra de considérations secondaires (considérations esthétiques, convenances du malade).

Mais il est des cas où l'ablation s'impose, où la radiothérapie est dangereuse, ce sont (sans parler des cas où les ganglions lymphatiques sont intéressés) tous ceux où l'épithéliome a une marche rapide, ceux où l'épithéliome est très profond, les épithéliomes

mélaniques. Il ne faut pas que le traitement radiothérapique facilite l'invasion des voies lymphatiques, et il peut le faire dans tous ces cas.

La nécessité d'éviter les récidives profondes, dont l'évolution peut être plus rapide que celle de la tumeur initiale, me semble conduire à rendre plus sévère la technique de la radiothérapie, dans les cas communs, de dimensions communes, à faire deux, trois séries d'applications et à faire absorber dans chaque série 10 à 12 unités de Holzknacht et non 5, 6 ou 8.

Dernière conclusion, plus générale. S'il y a lieu en thérapeutique de réduire le nombre de méthodes employées dans chaque maladie, il ne faut pas aller, sans raisons suffisantes, jusqu'à réduire ce nombre à une seule; quand il existe plusieurs méthodes curatives, ayant une valeur, le médecin doit les connaître toutes, et pouvoir toutes les employer *si leurs indications peuvent être établies d'avance*. Le chirurgien qui ne sait traiter les épithéliomes cutanés que par l'ablation chirurgicale a tort, de même que sera dangereux dans certains cas le radiothérapeute qui ne sait faire et ne veut faire que de la radiothérapie.

M. DANLOS. — J'ai traité un grand nombre de cancers cutanés par les rayons X, généralement avec succès, mais parfois aussi sans bénéfice, et, même avec des complications que je n'avais jamais observées avec le même caractère avant la radiothérapie.

Ainsi, dans un cas d'épithélioma de la lèvre, dont je vous présente le moulage, le traitement n'a pas empêché une poussée ganglionnaire tellement aiguë qu'on pouvait croire à un phlegmon; il y eut un abcès du ganglion et, bientôt après, production d'un gros champignon épithéliomateux.

Dans un autre cas d'épithélioma de la lèvre inférieure, la lésion de la lèvre fut guérie radicalement, sans radiodermite; mais il se produisit, bientôt après, un gonflement sus-hyoïdien suraigu, analogue à ce que l'on constate dans l'angine de Ludwig. Le malade fut opéré d'urgence et, quelque temps après, on vit apparaître entre les lèvres de l'incision un énorme champignon cancéreux; mais l'épithéliome de la lèvre ne récidiva pas.

Je ne crois pas, comme M. Leredde, que l'action des rayons X se limite exclusivement à la peau. Voici, par exemple, le moulage d'un sarcome du nez qui fut radicalement guéri par la radiothérapie. Cet autre moulage est d'un sarcome de la joue, qui, opéré en province, avait récidivé quelques semaines après. La radiothérapie fut suivie d'une guérison complète, qui s'était maintenue quand j'ai revu le malade six mois plus tard.

Par contre, les rayons X ont infiniment moins d'action sur les ganglions que sur les tissus cutanés. Dans un cas de mélanose du pied avec adénopathie inguinale, ils n'ont pu empêcher la généralisation de la maladie.

Dans la prochaine séance, je me propose de revenir sur cette question de la radiothérapie.

Pelade et vitiligo.

Par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

Il s'agit d'un sujet chez lequel une pelade totale, à l'exception de quelques petits bouquets de follets, existe depuis 26 ans sans modifications. Elle s'est manifestée à peu près en même temps qu'une syphilis restée très bénigne bien que mal soignée, et s'est complétée en l'espace de quelques mois. Deux ans après elle s'est accompagnée de vitiligo. Aucun traitement n'a eu de succès jusqu'à ce jour, néanmoins les orifices pileux restés visibles semblent indiquer l'absence d'atrophie du bulbe pileux.

M. JACQUET. — Ce malade est syphilitique ; il est intéressant de remarquer qu'on a signalé, depuis longtemps, la fréquence de la pelade et aussi celle du vitiligo, chez les syphilitiques.

J'ai biopsié des décalvantes très anciennes, et j'y ai constaté la présence de follets intra-folliculaires ; de sorte que, dans les cas de ce genre, on peut toujours espérer qu'il y aura une repousse des poils.

M. SABOURAUD. — Cela est vrai ; je puis affirmer pourtant que dans un certain nombre de pelades, il est absolument impossible de trouver un follicule pileux sur des surfaces énormes. Il est certain que, dans ces cas, la repousse est impossible.

M. JACQUET. — J'ai fait simplement remarquer que j'ai trouvé des follets intrafolliculaires dans certains cas de décalvantes très anciennes ; mais je ne dis pas que ce soit la règle.

Syphilis psoriasiforme.

Par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

L'intérêt de ce malade réside dans ce fait qu'un chancre syphilitique actuellement en régression permet d'affirmer la nature des lésions disséminées sur tout son corps, lésions dont l'aspect et le lieu d'élection permettraient de croire à du psoriasis généralisé.

Sans avoir jamais présenté de psoriasis antérieur, il a été atteint de son chancre trois semaines environ avant de présenter des accidents secondaires psoriasiformes. Les lésions du cuir chevelu, des coudes, des genoux sont celles du psoriasis typique. Mais la confluence des éléments au niveau des plis de flexion, aux jarrets, aux plis du coude, à la paume de la main, l'apparition précoce de taches pigmentées succédant à la disparition de quelques éléments ont permis avec le chancre de dépister la nature syphilitique des lésions.

Le malade n'a présenté aucune manifestation secondaire sur les muqueuses.

La cause déterminante ou plutôt adjuvante de cette syphilis paraît avoir été une série d'excès alcooliques que fit pendant quinze jours consécutifs le malade pour se distraire de chagrins.

M. BALZER. — J'ai actuellement un cas absolument analogue dans mon service. C'est à ces modalités de syphilides qu'on doit réserver le nom de psoriasiformes, au lieu de l'appliquer, comme on le fait trop souvent, à toutes les syphilides papulo-squameuses.

Chancre des paupières.

Par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

Le chancre date de plus de 2 mois; il siège à l'œil gauche à la fois sur les deux paupières. Lorsqu'on les écarte il semble qu'il y ait deux chancres distincts ovalaires, plats à fond lisse. Au dire de la malade, c'est seulement au bout de trois semaines environ que la lésion qui siégeait sur la moitié externe du bord de la paupière supérieure aurait infecté par contiguïté le bord palpébral inférieur. La malade affirme qu'elle présentait déjà de gros ganglions au moment où la paupière inférieure était encore indemne. L'état actuel des deux paupières ne montre pas que les deux chancres soient d'âge différent. Si les dates données par la malade sont exactes, il s'agirait d'une véritable auto-inoculation. Les ganglions cervicaux forment de grosses masses dans les régions pré-auriculaire, sous-maxillaire et sous-mentale.

L'éruption secondaire à caractère boutonneux s'est localisée sur la tête et le cou; elle présente quelques éléments sur la poitrine et sur le ventre, mais presque aucun sur la moitié inférieure du corps. Le siège du chancre paraît donc avoir commandé la topographie de l'éruption.

Nous n'avons observé aucune plaque muqueuse chez notre malade.

M. JACQUET. — Ces cas ont un grand intérêt pratique; j'ai observé un enfant de 4 à 5 ans, contaminé par sa mère, chez qui un petit chancre de la paupière avait été méconnu par plusieurs ophtalmologistes.

M. FOURNIER. — Les chancres de l'œil ne sont pas rares. Ils sont dus surtout à deux ordres de causes: d'abord, le baiser sur l'œil; puis, la projection d'un peu de salive, ce qu'en terme vulgaire on appelle « un postillon ». Un de nos éminents collègues fut contagionné ainsi par la salive d'une malade dont il cautérisait les plaques muqueuses et qui lui cracha en pleine figure; il se lava aussitôt; il n'en eut pas moins, dans les délais ordinaires, un chancre de la paupière supérieure; et il succomba plus tard à la paralysie générale.

M. DANLOS. — La première malade que j'ai présentée à la Société de Dermatologie était une petite fille atteinte d'un chancre palpébral, que sa

mère, affectée elle-même de plaques buccales, lui avait transmis, en soufflant sur l'œil pour enlever un corps étranger (mécanisme du postillon).

M. FOURNIER. — J'ai observé deux cas de chancres, consécutifs à cette extraction. On sait, en effet, qu'on procède aisément à cette petite opération à l'aide d'un morceau de papier roulé entre les doigts et que parfois on mouille de salive. On conçoit que, dans ces conditions, il puisse y avoir contamination par la salive.

M. SABOURAUD. — J'ai observé trois cas de chancre de la paupière chez des tourneurs en cuivre ; ces ouvriers ont l'habitude de se servir mutuellement du bout mouillé de leurs cigarettes, pour enlever les poussières de cuivre qu'ils reçoivent dans l'œil.

M. BARTHÉLEMY. — J'en ai constaté un cas chez un maçon ; la contagion était due à un linge de toilette contaminé.

Tuberculose serpigineuse des membres inférieurs.

Par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

Depuis 47 années le malade est atteint de tuberculose de la peau.

Il est âgé de 53 ans. A l'origine, le mal siégeait sur la fesse droite : successivement, il s'est propagé à la région lombaire, à l'autre fesse, à la face postérieure des deux cuisses, à leur face interne. Il a littéralement labouré les couches superficielles de la peau, dans toutes ces régions, qui présentent, actuellement, un aspect cicatriciel atrophique, avec rides parallèles, de couleur blanche, mêlée de points rouges. Ces zones ne sont pas bordées de surfaces pigmentées. La limite entre la cicatrice et la peau saine reste pourtant très nette.

Depuis 40 ans le mal n'a plus de caractère serpigineux, mais les lésions se perpétuent dans les régions où nous le trouvons aujourd'hui encore, en pleine activité.

Actuellement, il existe des placards de tuberculose végétante à la face externe de la cuisse droite, sur une hauteur de 20 centimètres et sur une largeur de 8. Sur la face antérieure de la cuisse et du genou gauche, cinq placards de même nature. Toutes ces régions présentent de gros bourgeons végétants et mous, saignants au contact. Ils sont étalés sous forme de languettes papilliformes épaisses qu'il est facile de soulever. Certaines parties en régression donnent lieu à une cicatrice rouge violacé.

Le malade a été considéré, en 1867, par M. Hardy, comme atteint de scrofulide serpigineuse.

Ces lésions n'ont pas nui à l'état général du sujet. Il est plutôt maigre ; ses cuisses présentent des muscles diminués de volume ; pourtant, le malade n'a jamais éprouvé de gêne fonctionnelle dans les membres inférieurs. Ses poumons ne présentent aucun symptôme de phtisie.

Ses urines ne contiennent pas d'albumine.

Il nous a paru intéressant de constater l'innocuité relative de cette tuberculose locale restée active pendant près de 50 ans.

M. FOURNIER. — La nature tuberculeuse de cette lésion aurait besoin d'être confirmée par l'inoculation ou par la biopsie.

J'ai observé une lésion un peu analogue, en 1856, alors que j'étais interne de Ricord à l'hôpital du Midi. Il s'agissait d'un malade qui, à la suite d'un chancre simple, avait eu un bubon qui devint phagédénique. L'ulcération envahit de grandes surfaces, remonta dans le dos et se promena sur les membres inférieurs.

Quand je vis ce malade, l'ulcération persistait depuis quinze ans; Ricord voulut essayer d'en venir à bout en provoquant un érysipèle. Sur son ordre nous appliquâmes sur la plaie les pansements les plus sales, sans arriver à provoquer l'érysipèle demandé; en désespoir de cause, je me procurai, dans un hôpital voisin, des draps d'érysipélateux dans lesquels le malade fut couché, sans obtenir le résultat désiré. Quoi qu'il en soit, il faut retenir ici ce mot de Ricord : « Tous les phagédénismes vieux se ressemblent ».

En présence d'un phagédénisme de cette nature, il est impossible de dire s'il relève d'une lésion chancrelleuse, syphilitique, ou tuberculeuse.

Tache ardoisée de la muqueuse buccale dans un cas de lichen de Wilson.

Par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

Chez un malade atteint d'un lichen plan typique, on voyait à la face interne de la joue gauche une large plaque ardoisée foncée, partiellement surmontée d'une couche opaline blanchâtre qui la laissait transparente. S'agissait-il de lichen buccal ancien? Cette opinion pouvait se défendre. Les présentateurs croient plutôt à une lésion pigmentaire indépendante du lichen, et la plaque opaline de la bouche n'avait ni la rugosité ni l'aspect réticulé du lichen.

Érosions péri-anales à spirilles.

Par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

La malade est atteinte de lésions localisées autour de l'anus et près de la fourchette vaginale. Ce sont: 1° de petites érosions circonscrites superficielles à limites précises, à bords ourlés d'une bandelette épidermique très fine, à fond lisse rosé recouvert d'un pus crémeux épais; 2° des ulcérations allongées linéaires occupant le fond des plis radiés de l'anus.

L'examen bactériologique montre dans le pus des spirilles enchevêtrés en très grande abondance et des bâtonnets de nature indéterminée, ne prenant pas le Gram et que M. Vincent affirme n'être pas du bacille fusiforme. Il ne s'agit donc pas de l'association fusospirillaire, mais de spirilles et d'un bacille indéterminé.

Notre malade présente aussi une fissure anale et d'abondantes

pertes blanches ; il est difficile de décider si l'origine de l'inflammation cutanée est vaginale ou intestinale.

Les érosions circinées ressemblent typiquement à celles que l'on remarque chez l'homme au cours d'une balano-posthite érosive. Or MM. Berdal et Bataille considèrent le spirille comme l'agent de cette maladie. Ils ont observé, comme nous-mêmes chez notre sujet, que le pus à spirilles est épais et crémeux. Nous avons pu également vérifier que bien que bénigne l'affection de notre malade était tenace et récidivante, comme les balano-posthites.

Quant au bacille qui accompagnait les spirilles dans nos préparations, il est probablement le même que celui qui a été constaté par M. Queyrat également en symbiose avec les spirilles dans plusieurs cas de balano-posthite érosive.

La guérison a été obtenue par des applications de bleu de méthylène. Nous considérons donc ce cas comme une manifestation pathogène chez la femme des agents qui déterminent chez l'homme la balano-posthite érosive. Nous avons cherché à justifier cette assimilation par la confrontation, mais le mari examiné ne présentait pas de balano-posthite érosive et disait ne pas en avoir eu.

Macules atrophiques syphilitiques.

Par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

Il s'agit d'un sujet entré pour un zona cervical et sur lequel le tronc était couvert de plaques atrophiques arrondies caractéristiques d'une syphilis antérieure. Ces plaques avaient succédé, comme cela est la règle en pareil cas, à une syphilide papuleuse très abondante. Chaque macule est ovalaire, blanchâtre. Lorsqu'on relâche la peau à ce niveau apparaissent des vergetures parallèles qui strient la plaque, mais disparaissent lorsqu'on tend la peau.

Contribution à l'étude des syphilides atrophiantes.

Par MM. BALZER et DESHAYES.

X..., chaudronnier en cuivre, que nous présentons aujourd'hui, est âgé de 40 ans ; il est entré à la salle Devergie, à l'hôpital Saint-Louis, pour une éruption limitée aux jambes et aux cuisses. Il s'agit, en réalité, de syphilides pustuleuses qui s'améliorent rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

Son passé pathologique est des plus simples ; à part une adénite cervicale, quand il était jeune soldat, il n'y a rien à noter jusqu'à un chancre induré qu'il contracta, il y a un an ; ce chancre, dont on voit la trace à gauche du méat urinaire, survint dans les délais habituels, trois semaines à un

mois après le coït infectant, et guérit sans traitement spécial. Un mois après, apparut une éruption de syphilides dont le malade ne s'occupa guère, accompagnée de quelques plaques muqueuses autour de l'anus; elle persista environ six semaines et disparut, mais en laissant des stigmates sur lesquels nous attirons votre attention et que le malade ignorait complètement.

On remarque, en effet, aux points envahis primitivement par l'éruption, c'est-à-dire depuis le cou jusqu'à la racine des cuisses, la présence de petites *macules* légèrement décolorées qui seraient à peine visibles, si leur surface n'était plissée, comme gaufrée. Elles sont arrondies ou ovalaires; leur aire est déprimée, formant une sorte de cupule d'une couleur légèrement bleuâtre, quand on la regarde à jour frisant.

Dans le dos, surtout du côté droit où elles sont très nombreuses, leur réunion donne à la peau un aspect absolument chagriné. Aux environs des plis de flexion, leur forme s'allonge en suivant assez naturellement les plis cutanés. Les macules semblent s'effacer lorsque la peau est tendue artificiellement ou par un mouvement du malade; elles s'accusent, au contraire, quand la peau est ramenée dans un sens de flexion. Leur ensemble offre à la surface du tronc la disposition caractéristique des éruptions roséoliques ou papuleuses de la période secondaire; elles paraissent rangées en séries qui suivent la direction des côtes.

Ce reliquat d'éruption est évidemment indélébile, et cependant ce ne sont pas des cicatrices; en effet, si on déplisse la macule, on s'aperçoit que le fond est formé de la peau normale, qui n'a ni la blancheur, ni la rétraction d'une cicatrice; on ne voit même plus le contour de la macule quand la peau est bien étalée. A cet égard, la comparaison avec les cicatrices vaccinales du sujet est tout à fait concluante.

Il faut remarquer encore deux particularités: la première, c'est que beaucoup de macules, sur le dos principalement, conservent une coloration un peu rosée qui semblerait indiquer que le processus n'est peut-être pas encore complètement terminé en ces points; la seconde, c'est la coïncidence d'une pigmentation diffuse de la peau, qui entoure les macules et qui est localisée au cou et aux aisselles, pigmentation très légère et semblable à celle de la syphilide pigmentaire.

*
* *

Un fait mérite d'être noté dans l'histoire de l'éruption qui a précédé les macules, c'est que, malgré son étendue, elle a été à peine remarquée par le malade qui ne lui a accordé aucune attention. Il a su toutefois que cette éruption avait existé, tandis que dans la plupart des cas de ce genre l'éruption maculogène passe inaperçue du malade. Ce fait, constaté plusieurs fois par les auteurs, s'explique en partie par la négligence des malades et en partie par les conditions pathogéniques de l'éruption.

Il nous semble, en effet, que l'atrophie de la peau tiende souvent à la nature de l'infiltration papuleuse et à son siège dans l'épaisseur

du derme. Les papules superficielles, saillantes, donnent plus rarement naissance au développement de macules atrophiques. Celles-ci sont produites plutôt par des infiltrations papuleuses qui se forment au-dessous du chorion papillaire, en plein derme, ou bien encore qui occupent toute l'épaisseur du chorion papillaire et du derme et pénètrent même jusqu'à l'hypoderme en suivant les vaisseaux. Si l'on examine les macules atrophiques on voit que bon nombre d'entre elles, parmi les mieux formées, offrent la forme d'une cupule conique dans laquelle le derme semble avoir disparu. Lorsqu'il s'agit d'infiltrations papuleuses intradermiques et n'arrivant pas jusque dans le chorion papillaire, on conçoit que l'éruption puisse être facilement ignorée du malade. Le médecin lui-même ne peut l'observer qu'en y appliquant toute son attention. Nous avons observé surtout de telles papules *purement intradermiques* au cou, dans certains cas de syphilides pigmentaires : elles se montrent sous forme d'éléments discoïdes, visibles au centre des espaces dépigmentés. Sur le tronc, il est plus difficile de les constater nettement ; l'infiltration papuleuse paraît plus irrégulière et plus diffuse, mais son extension en profondeur n'est pas douteuse, et c'est elle qui provoque l'éraillure des réseaux élastiques et la formation des macules atrophiques. On peut donc, au point de vue qui nous occupe, distinguer : 1° des papules superficielles qui ne donnent pas lieu à la formation des macules atrophiques avec éraillure du derme, mais seulement un petit plissé ou gaufrage très superficiel ; 2° des papules intradermiques, dont l'évolution produit l'éraillure du derme, et la dépression cupuliforme caractéristique.

Mais il faut ajouter que suivant toute probabilité la formation des macules n'est pas liée exclusivement à une question de siège de l'infiltration papuleuse, et à la dissociation des tissus par celle-ci. Le problème est moins simple. Il faut tenir compte peut-être d'une prédisposition spéciale, chez certains individus, dont le derme serait fragile et prompt à s'érailler. Il est probable aussi que la nature même du processus produit par le *Treponema pallidum* et son action spéciale sur le tissu élastique dans certains cas déterminés, jouent un rôle important dans la pathogénie de ces altérations. Il faut tenir compte aussi de la durée particulière du processus dans certains cas, car on a noté parfois une progression excentrique de la macule longtemps après le début de sa formation. Des examens histologiques ont montré que l'infiltration cellulaire est là tout particulièrement tenace.

Chez notre malade, il est manifeste que dans certaines macules rosées ou même rouges, le processus n'a point complété son évolution qui se fait encore dans les parties profondes de la peau. En somme, les syphilides, qui donnent lieu aux macules atrophiques, doivent

être considérées comme ayant tout spécialement une évolution lente et progressive, malgré leur faible coloration habituelle.

En résumé, ces syphilides, par leur siège souvent profond dans la peau, par leur évolution lente et progressive, par leur action spéciale sur les réseaux élastiques du derme, méritent une place à part dans la classification des syphilides. Elles doivent porter un nom spécial, celui de *syphilides papuleuses atrophiantes*, qui a été proposé pour la première fois par M. Mibelli. Il faut toutefois faire une petite restriction à ce sujet, car il est possible que les macules atrophiques ne soient pas toujours causées par des papules vraies, plus ou moins profondes, mais parfois aussi simplement par des éléments de roséole.

En terminant nous ferons remarquer que notre malade ne présente pas seulement des macules atrophiques, mais aussi de la pigmentation du cou et des aisselles, pigmentation peu marquée, mais cependant très nette. C'est là un phénomène accessoire ; l'un de nous a déjà montré dans des publications antérieures que le phénomène de la pigmentation peut manquer complètement dans le processus de formation des macules atrophiques. Il est lié, sans doute, à la production d'altérations du sang extravasé qui peuvent faire défaut tout à fait dans certains cas. Il est à remarquer que les pigmentations se produisent au cou et aux aisselles, dans les endroits où les frottements favorisent l'extravasation sanguine. Chez notre malade la pigmentation ne s'étendait pas sur le tronc. En somme, les deux phénomènes de la pigmentation et de la formation des macules atrophiques ne sont pas nécessairement associés.

Deux cas de paralysie faciale chez deux conjoints, au cours de la syphilis secondaire.

Par M. FRANÇOIS-DAINVILLE.

OBSERVATION I. — Louise M..., 22 ans, journalière, entre le 26 octobre 1905 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, dans le service de M. le Dr Muselier. Cette malade est atteinte d'une roséole syphilitique généralisée, ayant débuté deux jours avant son entrée à l'hôpital. Ses éléments sont maculeux et très nombreux, surtout sur le cou et le thorax. Pas de trouble de l'état général. Pas de maux de tête, rien dans la bouche, pas de chute des cheveux. La malade est mise de suite au traitement spécifique et prend chaque jour deux pilules de 0,08 centigrammes de protoiodure de mercure.

Le 2 novembre, on constate, à la visite du matin, l'apparition d'une paralysie faciale droite survenue pendant la nuit. La parole est légèrement embarrassée, les mouvements de la langue et des lèvres sont gênés. La face paraît asymétrique : les traits sont tirés en masse du côté gauche, tandis que les plis et les rides ont disparu à droite et que la figure paraît plus pleine de ce côté ;

Cette asymétrie s'accuse davantage à l'occasion de mouvements et pendant la parole.

La langue est légèrement déviée à gauche lorsque la malade la tire en dehors. Impossibilité de fermer l'œil droit. Pas de déviation de la luette, ni du voile du palais. Il n'existe pas de troubles du côté des organes des sens : pas d'hyperacousie, pas de modification de la sensibilité gustative à droite.

On ne constate pas par ailleurs de paralysie, ni même de parésie des membres.

La paralysie faciale persista huit jours avec ces caractères, puis disparut d'une façon rapide et complète.

Interrogée sur ses antécédents personnels, la malade nous apprend qu'elle a eu pendant l'enfance une variole qui a laissé sur la face des cicatrices encore visibles. Pas d'autre infection que la syphilis, contractée récemment. La malade est très nerveuse et impressionnable. Elle ne peut nous donner aucun renseignement sur sa famille et ses collatéraux.

4^{er} février 1906. — Nous revoyons la malade : chute abondante des cheveux ; alopecie en aires. Pas trace de la paralysie.

22 février. — Apparition de syphilides pigmentaires du cou et de plusieurs plaques muqueuses amygdaliennes.

La malade est accompagnée de son mari, atteint, lui aussi, de paralysie faciale syphilitique, de date plus récente que celle de sa femme et dont voici l'histoire clinique.

Obs. II. — André M..., tailleur, 23 ans, a eu, en juillet 1904, un chancre syphilitique de la verge, dans la région du frein. Il reste sans traitement spécifique jusqu'au 18 décembre 1905. A ce moment, le malade éprouve un mal de tête très violent avec vertiges, et troubles de la marche. Les douleurs occupent le côté gauche de la face. Le soir, en causant, le malade s'aperçoit que sa parole est embarrassée et qu'il est très gêné pour manger, les aliments et la salive sortant de la bouche pendant la mastication. La paralysie faciale gauche fait ainsi son apparition et s'accroît les jours suivants en prenant des caractères identiques à celle décrite plus haut, à part toutefois, qu'elle siège à gauche au lieu d'être à droite.

En même temps que la paralysie faciale, on constatait, chez le malade, l'apparition de plusieurs groupes de syphilides acnéiformes, occupant la poitrine et la région abdominale. Mais l'attention fut surtout attirée par l'intensité des signes généraux, et par la névralgie faciale accompagnant la paralysie à gauche.

Comme antécédents personnels, le malade est manifestement névropathe mais ne présente, toutefois, aucun stigmate hystérique. Il n'a pas eu d'autres maladies antérieures, et n'a jamais eu d'affections de l'oreille gauche.

Le traitement spécifique par les injections de biiodure joint à l'électrisation, a produit une légère amélioration, mais on peut constater encore aujourd'hui les traces de sa paralysie faciale, ainsi que la cicatrice du chancre de la verge.

Chez ces deux malades, relevant d'une même infection syphilitique, la paralysie est restée une paralysie faciale périphérique, portant à la fois sur le facial supérieur et le facial inférieur, mais paraissant respecter les rameaux profonds.

Toutefois, chez le second malade, il faut noter que la paralysie faciale a été précédée d'un violent mal de tête et s'est accompagnée ultérieurement des phénomènes douloureux de la névralgie faciale, attribuable, comme l'ont montré M. Dieulafoy (1) et M. Testaz, à la participation du trijumeau.

Avec MM. Fournier, Gaucher, Balzer (2), on peut admettre que cette paralysie faciale précoce est causée par une névrite précoce du nerf facial qui se comporte d'ailleurs comme les autres névrites de la période secondaire de la syphilis (3). Chez le second malade, le traitement spécifique a été négligé au début de la syphilis, ce qui explique en partie le pronostic plus grave de la paralysie ; enfin celle-ci est survenue à une époque plus tardive de la syphilis. Enfin, il faut tenir compte aussi chez ces deux malades de l'élément nerveux très développé chez chacun d'eux et qui explique la localisation de l'infection syphilitique sur les nerfs périphériques qui représentent un point déficient de l'organisme.

Onychomycose.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Cette onychomycose est due à un parasite mycélien de nature inconnue. Malgré les apparences trichophytiques des filaments mycéliens dans les débris unguéaux, il est impossible de conclure à la trichophytie, et cela pour deux raisons : 1° La culture six fois réessayée a toujours échoué, contrairement à ce qui est la règle pour tous les trichophytons connus ; 2° les filaments mycéliens prennent dans l'ongle des formes variées souvent identiques pour des parasites différents, l'aspect morphologique seul ne permet donc rien d'affirmer.

M. Sabouraud, qui a fait siennes toutes ces questions des trichophyties, dit (*Pratique Dermatologique*) : « Longtemps on a cru à l'identité causale des onychoses trichophytiques et des tondantes ; cela est vrai en quelques pays où les trichophytons, d'origine animale, sont les seuls connus, même dans la tondante de l'enfant. Mais à Paris, les trichophytons, qui donnent les tondantes ordinaires de l'enfant, ne sont pas ceux qui fournissent la trichophytie unguéale (4). Les *trichophytons animaux* paraissent seuls pouvoir se localiser aux ongles. »

Ces espèces animales sont innombrables.

(1) DIEULAFOY. *Clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1898-99.

(2) BALZER. *Soc. de Dermatologie*, 5 juin 1902.

(3) MENÉTRÉL. Névrites et polynevrites de la période secondaire de la syphilis. *Thèse*, 1898.

(4) On sait, d'autre part, qu'il n'est pas un seul cas connu d'onychomycose due au microsporion Audouini.

Si, suivant la méthode classique, on traite par la potasse à 40 p. 100, des débris unguéaux.

« On trouve les mêmes formes que dans la squame, mais elles sont plus irrégulières. Elles appartiennent toujours aux éléments mycéliens simples ou sporulés, mais les cellules mycéliennes y peuvent affecter les formes les plus variées, en sorte qu'il y a quelquefois un doute : achorion ou trichophyton. »

La « culture tranche la question. Elle est un peu moins aisée que celle de la squame en raison du nombre fréquemment considérable des infections secondaires ». Les espèces les plus fréquentes sont le *T. acuminatum* et le *T. violaceum*.

Toutes ces onychomycoses sont à parasites déterminés cultivables, et retrouvés en d'autres points du tégument (favus, trichophytie).

Ici il semble s'agir d'un parasite inconnu.

Les examens sur lame des rognures unguéales après imprégnation potassique montraient de nombreux tubes mycéliens ; mais les cultures six fois répétées sur 3 tubes de gélose à chaque fois (milieu Sabouraud, spécial à ces champignons), ont constamment échoué, quel que soit le point où la semence ait été prise : bordure ayant perdu son couvercle, bord décollé sous-unguéal, bord extrême touchant jusqu'à la lunule, là où l'on pouvait supposer le parasite plus jeune et plus proliférant (1). M. Sabouraud, dont on sait la technique impeccable, a lui-même fait ces essais (2). On peut donc dire que : *malgré toutes les apparences morphologiques d'un trichophyton, ce parasite n'est probablement pas trichophytique, car la culture de tous les trichophytons connus des ongles a été obtenue.*

Le seul point à noter est que sur lame, après coloration par les bleus, la plupart des traînées mycéliennes étaient brillantes, vides et paraissaient déshabitées.

En dehors du favus et des trichophyties animales connues, il existe donc des onychomycoses indéterminées.

Le malade étant un ancien colonial, peut-on supposer une de ces mycoses exotiques mal connues, non encore cultivées et dont le tokelau est un exemple ?

* *

L'observation clinique est d'autant plus intéressante que le début de cette onychomycose a été observé et décrit par M. Hallopeau, on peut donc suivre l'évolution de la maladie.

C'est une onychomycose *exclusivement unguéale* sans autre foyer tégumentaire.

(1) Sur ce bord externe de la colonie, là où le germe prolifère malgré la croissance continue de l'ongle, la maladie persiste, on aurait dû trouver un germe susceptible de culture, si la culture de ce germe inconnu était possible.

(2) La plupart des tubes restèrent à chaque fois stériles ; on ne peut donc admettre que ce sont des germes étrangers qui ont étouffé les colonies du parasite spécifique.

Ce malade a déjà été présenté à la Société par MM. Hallopeau et Fouquet qui en ont donné l'observation complète (*Séance du 9 janvier 1902. Bulletins, p. 4. Moulage, 12 décembre 1901, Baretta, n° 2204*).

« Tous les ongles sont atteints à la main gauche. Ils sont épaissis, parsemés de taches blanchâtres, à contours irréguliers, qui occupent la plus grande partie de leur surface et en intéressent le bord libre sur une hauteur de 2 à 4 millimètres; elles sont entremêlées avec des parties normales. La partie inférieure de la couche cornée est tombée et laisse à découvert la couche sous-jacente incomplètement kératinisée » (et irrégulière) dans un rayon de 2 à 4 millimètres.

« La marche par extension progressive de ces taches blanches et l'intégrité de la lunule, montrent que l'affection se développe en foyers, d'abord isolés, qui intéressent probablement le lit, non la matrice de l'ongle. » Nous ajouterons que l'infection s'est faite par le bord libre de l'ongle (inoculation exogène) et, de ce premier foyer, ont essaimé les petites colonies du lit unguéal, révélées par les taches opaques dues à la pénétration de l'air (Unna).

« L'hyperkératose (du lit unguéal) indique une prolifération du tissu, sous-unguéal, sous l'influence de l'action parasitaire. » Les stries, les destructions partielles des lamelles et la chute complète des organes sont, au contraire, l'expression de dégénérescences secondaires.

Le diagnostic de ces mycoses uniquement unguéales est difficile; ici on pensa à une onyxis syphilitique, le sujet étant un ancien syphilitique. M. Danlos rectifia le diagnostic, on retrouva dans les ongles des filaments mycéliens, la culture fut tentée et échoua. Malgré tout, l'étiquette de trichophytie unguéale fut mise au bas du moulage.

A ce début, il faut relever quelques particularités. *Début par des taches blanches isolées; progression excentrique de ces taches; destruction de la couche cornée, à la partie inférieure de l'ongle, laissant à découvert une masse incomplètement kératinisée qui atteint jusqu'à 8 millimètres d'épaisseur; intégrité de la lunule; aspect strié de la surface; chute de ces organes suivie de leur reproduction.*

Sauf ces taches blanches isolées, ce sont les caractères généraux de toutes les onychomycoses. Mais ce début par des taches isolées, ou mieux la dissémination de colonies isolées peu après le début habituel par le bord libre de l'ongle semble particulière à cette onychomycose et la sépare de toutes les autres.

État actuel (janvier 1906). (Moulage du 2 octobre 1903, n° 2447.)

Les lésions sont *uniquement unguéales*, il n'existe aucun autre foyer tégumentaire actuel ou ancien; on ne retrouve pas, non plus, l'origine de la contamination. Elles sont indolentes, même pas gênantes.

Tous les doigts sont pris, à l'exception des troisième et quatrième doigts de la main droite. Mais ces troisième et quatrième le furent auparavant; tombés, ils sont repoussés sains et semblent absolument normaux.

Alors qu'au début les lésions étaient différentes des autres onychomycoses,

maintenant (à ce que l'on pourrait appeler la période d'état) elles ne se distinguent en rien de ces onychomycoses.

La partie inférieure seule de l'ongle est atteinte, la partie supérieure, lunule et matrice, est indemne, ce qui explique que l'ongle continue de croître. Cette partie inférieure malade se divise en deux zones : la première supérieure où la lame supérieure lisse et brillante de l'ongle est conservée et laisse voir, par transparence, les lésions ; l'autre inférieure, où la table externe unguéale est tombée, mettant les lésions à nu. Dans la première zone, la table externe a conservé ses caractères normaux, c'est au-dessous d'elle que transparait la lésion, caractérisée par une large bande *blanche opaque continue*, comprenant toute la largeur de l'ongle, en bas, se continuant avec la deuxième zone, en haut, limitée par une ligne sinueuse.

La table externe cesse brusquement, *brisée* à la partie inférieure. La cassure est irrégulière et échancrée de une à trois incisures ébauchées de fentes longitudinales. Elle est *décollée*, il est facile d'effriter, au-dessous d'elle, le tissu sous-unguéal.

La deuxième zone, où, par la chute de la table externe, les lésions sont à découvert, a l'aspect classique de la moelle de jonc, dû à l'hyperkératose irrégulière et à l'infiltration d'air (Unna). Cette hyperkératose est telle que la tranche de l'ongle en est considérablement épaissie, atteignant jusqu'à cinq et sept millimètres.

Cette hyperkératose soulevant la table externe, exagère sa convexité (1) et tend à la décoller de ses rainures latérales, rarement elle y parvient : on note cependant, sur le troisième doigt gauche, cette désinsertion qui laisse une fissure profonde et douloureuse.

La croissance de l'ongle paraît normale, ce qu'avaient déjà remarqué Köbner, Dühring et Lespinasse. La table externe est seulement striée, longitudinalement ; lésion banale due, d'après Köbner et Collas, à l'irritation à distance de la matrice.

Évolution. — Ces lésions sont donc assez *différentes* de celles du début, il suffit de *comparer* un même doigt (par exemple le *troisième doigt gauche*), sur les deux moulages 2204 et 2447.

En 1902 : lésions moins avancées, convexité unguéale normale ; insertions latérales conservées ; zone inférieure moins épaisse et moins tomenteuse ; bord inférieur de la table externe sain, net, curviligne, régulier, adhérent au tissu sous-unguéal, translucide, taillé en biseau non brisé ; zone supérieure non atteinte dans sa totalité ; les taches blanches et opaques sont multiples, isolées, *séparées* par du tissu sain rosé ; le long du bord de la table externe aucune de ces taches n'affleure ; stries longitudinales peu marquées.

En 1906 : lésions très avancées, convexité unguéale déformée, irrégulière ; désinsertion latérale et fissure ; zone inférieure très épaisse et compacte ; bord de la table externe, lésé, net, sinueux, irrégulier, échancré de deux incisures, blanc opaque, taillé à pic,

(1) D'une façon régulière ou irrégulière.

brisé, décollé; zone supérieure transformée en nappe continue atteignant le bord de la table externe, blanc opaque, mais respectant toujours la lunule, pas de points isolés; striation longitudinale très marquée.

L'affection est d'une désolante persistance (1). Depuis quatre ans, elle n'a fait que progresser; mais l'incurie du malade y est pour beaucoup, et la guérison des troisième et quatrième doigts droits prouve que l'on peut espérer une guérison complète et même assez rapide.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître le diagnostic difficile. Kaposi le proclame même impossible, en dehors de la coexistence d'autres foyers cutanés et de l'examen microscopique.

Très peu de caractères, dit Sabouraud, peuvent distinguer ces onychomycoses, des onychoses les plus différentes, staphylococciques, post-impétigineuses, etc.

Elles n'ont « rien de spécifique... tous les symptômes sont banaux » : épaissement du corps de l'ongle montrant sur sa tranche de larges pores « moelle de jonc », friabilité au grattage et aux érosions accidentelles, évidemment progressif, quelquefois au-dessous de la table externe plus ou moins conservée.

Cependant, il faut attacher la plus grande importance au *début par le bord libre, d'où la localisation à la partie voisine de ce bord libre avec intégrité de la lunule et de la région environnante, contraste persistant de longues années et presque indéfiniment; peut-être début par points isolés; succession des deux zones, inférieure découverte hyperkératosique épaisse, supérieure recouverte par la table externe presque intacte, séparée par le bord brusque, brisé de cette table externe.*

M. HALLOPEAU. — C'est à tort qu'on a étiqueté notre moulage sous le nom de trichophytie, le diagnostic porté était celui de mycose unguéale.

M. SABOURAUD. — Il m'a été impossible d'obtenir ici des cultures dans six essais successifs. Ce malade a résidé au Tonkin; or j'ai observé un certain nombre de mycoses de la peau originaires du Tonkin, du Siam et du Cambodge dont je n'ai jamais pu obtenir de cultures. Elles guérissaient avec la chrysarobine.

Lymphanénomes cutanés primitifs.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Poursuivant l'étude des lymphadénomes, nous ajoutons au cas de lymphadénome primitif ulcéré de la lèvre, présenté à la dernière

(1) La névrite radiale gauche saturnine dont cet homme est atteint, favorise-t-elle cette persistance, par hypotrophie et défaut de résistance?

séance de la Société, un cas de lymphadénome cutané primitif multiple :

De multiples foyers lymphadéniques se sont développés en des points divers, en dehors de toute altération sanguine et de toute modification clinique des appareils hématopoiétiques.

Leur développement a été successif et inégal, plusieurs ont régressé spontanément alors que de nouveaux nodules apparaissaient.

Ces infiltrats sont primitifs, car il ne semble pas exister de foyer viscéral.

Les caractères histologiques sont spéciaux : la réaction conjonctive autochtone prédomine sur l'immigration diapédétique des lymphocytes lymphatiques et vasculaires.

Puisqu'elles résultent plus d'une prolifération locale du tissu conjonctif que de l'immigration lymphocytaire, ces néoplasies ne sont pas des métastases cellulaires par voie sanguine d'une tumeur primitive, mais effets d'une même cause pathogène agissant en des points différents.

OBSERVATION. — D..., Agé de 75 ans, fait remonter sa maladie à trois mois (début d'octobre 1905) ; les deux yeux étaient rouges et pleuraient pendant quinze jours, il n'en subsiste aucune trace (1). Puis, quelques jours après, apparurent deux taches, l'une à la face externe et toute supérieure de la jambe gauche, maintenant en régression et l'autre à la fesse gauche. Cette dernière, irritée par le frottement d'un panier, que notre homme, marchand de légumes, appuyait sur sa hanche, s'ulcéra ; elle est maintenant en voie de cicatrisation, près de disparaître. D'autres taches apparurent successivement : quatre à la jambe gauche, et une à la jambe droite. L'infiltration faciale date de la fin novembre 1905 ; c'était d'abord un petit nodule dur et profond presque indolent que l'on prit pour une gomme ; à la fin de décembre 1905 il s'aperçut que son testicule gauche augmentait. Le 2 ou 3 janvier 1906, apparut la dernière tache cutanée à la face externe du coude gauche, qui servit à la biopsie (19 janvier).

La chronologie semble donc avoir été : yeux (?), fesse et partie supérieure de la jambe gauche ; face postérieure jambe gauche ; face ; face postérieure jambe droite ; testicule ; avant-bras gauche.

État en janvier 1906. — FACE : La moitié gauche de la face est tuméfiée et envahie par une rougeur violacée à bords assez peu nets ; on croirait, de loin, une plaque d'érysipèle. L'infiltration dermique, dure et élastique, fait corps avec la peau qu'elle double, elle est mobile sur les plans profonds, ses bords sont, au palper, d'une grande netteté ; il est facile de délimiter la plaque, elle comprend toute la joue gauche, remonte en haut jusqu'à l'os malaire, avance jusqu'aux sillons naso-génien et génio-labial, descend presque jusqu'au bord inférieur du maxillaire inférieur, en atteint l'angle en arrière, et reste à 2 centimètres du lobule de l'oreille. Au centre de la plaque, sur une surface nettement limitée et saillante, ovalaire, grande de 3 à 4 centimètres, l'épiderme est blanchâtre, opaque, un peu squameux, l'induration au-dessous

(1) On connaît des cas de leucémie débutant par une conjonctivite passagère ou tenace.

semble moins dure, le doigt délimite une sorte de large cupule peu profonde, qui semble produite par ramollissement et résorption *superficiels* de l'induration. Les jours suivants, la saillie s'affaisse, sans que l'épiderme se modifie, sans que rien ne transsude; une dépression de même grandeur remplace la saillie. L'induration y est la même que sur le reste de la plaque, peut-être plus élastique. Tout autour de cette dépression à épiderme épaissi et opaque s'étend une rougeur violacée diffuse, sillonnée de dilatations capillaires, parallèles, semblant rayonner de ce centre (1); l'épiderme et ses annexes paraissent peu touchés, les poils subsistent, les orifices glandulaires dilatés sécrètent abondamment (peau séborrhéique). La rougeur diffuse érythémateuse dépasse la zone des capillaires dilatés; l'infiltration à la palpation débordé la rougeur. On peut donc reconnaître *quatre zones du centre à la périphérie*, l'infiltration s'étendant sur les quatre : 1° centre à épiderme blanchâtre squameux; 2° rougeur foncée violacée et dilatations capillaires; 3° rougeur s'éteignant et diffusant; 4° infiltration persistant au-dessous d'un épiderme normal.

Cette plaque est sensible même spontanément, il n'y a *pas* douleur vraie, et pas d'irradiations névralgiques. *Aucun retentissement ganglionnaire.*

Aux *membres*, ce sont des infiltrations discoïdes violacées bistres, sorte de papules géantes (moulage Baretta n° 2462).

Fesse gauche : petite ulcération sans caractère en voie de cicatrisation, bordée d'un liséré d'épiderme jeune; elle repose sur une induration large, moins prononcée qu'au début et assez mal limitée.

C'est une lésion en voie de guérison.

Au-dessous d'elle, une cicatrice ovale fine et blanche, de 2 centimètres environ, repose sur une infiltration bien limitée; elle a succédé à une ulcération du début, de même qu'une cicatrice tout à fait semblable que l'on remarque à la partie postérieure et droite du thorax.

Jambe gauche : A la partie supérieure externe au niveau de la tête du péroné, *large tache pigmentée* ronde de 3 centimètres de diamètre, à bords diffus, non saillante et sans infiltration, sans cicatrice. Lésion guérie, il ne reste que de la pigmentation et un état lisse et brillant de l'épiderme.

Ces lésions de la fesse et de la partie supéro-externe de la jambe apparurent les premières. Les autres de la face postérieure suivirent.

Trois disques à la *face postérieure de la jambe gauche* :

Deux petits de 2 centimètres environ de diamètre, vers le tiers inférieur, au-dessous d'un grand élément situé à mi-hauteur du côté externe, d'environ 5 centimètres de diamètre. Un seul élément à la face postérieure de la jambe droite, d'environ 2 centimètres. Tous sont semblables. Ce sont des infiltrations discoïdes étalées, faisant corps avec la peau, mobiles avec elle sur les plans profonds, à bords nets. Cette induration, égale partout, paraît cependant, au centre du plus grand des éléments, donner la même sensation de cupule et de résorption superficielle qu'à la face. Cette infiltration, que décèle le palper, s'accompagne d'une saillie peu prononcée sur les bords, mais la saillie s'accroît vers le centre, exhaussée ainsi de 1 à 3 millimètres. La peau est violacée et bistre, de teinte claire, moins foncée qu'à la face. Au centre

(1) Ces dilatations capillaires existent, mais moins prononcées en peau saine à l'autre pommette et au nez.

de la lésion, l'épiderme desquame en larges squames minces et sèches. Le bord de l'infiltration est marqué du côté de la peau saine par une auréole brun violacé assez foncé, large de 3 à 5 millimètres, à bord net du côté de l'infiltration, à bord diffus du côté de la peau saine. *En résumé, trois zones : 1° infiltration et desquamation (avec, sur la grande plaque, cupule centrale) ; 2° infiltration et teinte claire ; 3° en dehors de l'infiltration, auréole violacé foncé.*

A la face interne de la jambe gauche, près de la tête du tibia, *élément en régression intermédiaire aux éléments de la face postérieure encore en activité, et l'élément guéri de la face externe.* L'infiltration de la base devient diffuse, la teinte violacée disparaît, ne laissant subsister que la teinte bistre de pigmentation ; l'épiderme continue de desquamer au centre.

L'élément du coude gauche, le plus récent de tous, enlevé par biopsie, a 40 millimètres environ, sa teinte est rosée, son infiltration papuleuse est nette, l'épiderme est intact, non desquamant.

On note encore sur la face antérieure de la cuisse droite une petite induration de 3 à 4 millimètres, recouverte d'un épiderme blanc, et, à la partie postérieure du thorax, deux petites papules rosées et infiltrées l'une ronde près du radius, à droite ; l'autre, ovale, près de la 11^e côte gauche. Ce sont peut-être des lésions naissantes (1).

Cette apparition successive des lésions, la régression spontanée de plusieurs d'entre elles, semblent tout à fait particulières à ce processus lymphadénique.

Le sang est normal, pas de leucocytose, les monos sont des grands mononucléaires, les lymphocytes sont rares.

La lésion *épididymo-vaginale du testicule gauche* semble appartenir à un autre processus, à la tuberculose qui, pleuro-pulmonaire atténuée et lente, a atteint depuis longtemps le malade et déterminé chez lui l'emphysème.

Le paquet testiculaire gauche est gros, remplissant le scrotum. Le testicule même est voilé par une hydrocèle, l'épididyme paraît étalé et dur à la partie postérieure, le cordon n'est pas augmenté de volume. L'indolence est complète, l'affection paraît récente (fin décembre), n'a été précédée de rien autre et s'est développée en l'absence de toute blennorrhagie même résiduelle. La ponction retire 160 centimètres cubes de liquide jaune transparent. Il est devenu facile d'explorer le testicule et l'épididyme. L'épididyme est gros, dur, bosselé, étalé et élargi, masquant toute la partie supérieure du testicule, ses bosselures sont petites et très dures, peu sensibles, l'anse du cordon est impossible à percevoir, agglomérée qu'elle est dans la queue de l'épididyme ; au-dessus, ce cordon est normal. Le testicule, à demi caché par cet épididyme, paraît sain, de consistance normale et de surface lisse. La vaginale dégonflée se laisse facilement plisser, elle est épaissie.

Le testicule droit paraît normal, mais la tête de l'épididyme est un peu grosse, bosselée et dure.

(1) Sur tout le reste du tégument on note la dilatation des glandes sébacées et l'état huileux de la peau des séborrhéiques, de nombreuses cicatrices blanches (quelques-unes hypertrophiques), d'acné, quelques pustulettes péripilaires, et deux petites verrues planes et pigmentées à la face antérieure du thorax. En un mot, un état séborrhéique avec ses surinfections.

Ces lésions ressemblent à de la tuberculose, peu à la syphilis, pas au lymphadénome.

Le liquide de la ponction a été centrifugé : il contenait de rares cellules, toutes mononucléées, les unes, de beaucoup les plus nombreuses, lymphocytes typiques, les autres mononucléaires moyens, à noyau rond ou incurvé du même type que dans le sang et les ganglions, quelques larges cellules, sans doute endothéliales. Aucun microorganisme n'a pu être décelé, en particulier, pas de bacille de Koch.

Ce liquide a été inoculé (le 29) à la dose de 2 centimètres dans le péritoine d'un jeune cobaye. Et le minime caillot spontané, d'environ 100 grammes de liquide, abandonné à la coagulation en vase stérile, a été inséré sous la peau du pli de l'aîne droite d'un cobaye, le 31 janvier 1906.

Antécédents. — D..., malgré ses 75 ans, est un beau vieillard droit et robuste. Il a eu la fièvre typhoïde à 23 ans. Vers 40 ans, il a été touché par une *tuberculose pulmonaire lente et torpide qui a provoqué chez lui l'emphysème pulmonaire généralisé*. A 43 ans, en 1876, il a eu une *pleurésie séro-fibrineuse* gauche ponctionnée plusieurs fois; il resta trois mois malade, on crut le perdre; il en conserva une « bronchite chronique », qui, peu à peu, a entraîné l'emphysème. Il est court de respiration, il tousse et crache, expectore des crachats muco-purulents (bacille de Koch); le soir la respiration est difficile et sifflante. Le thorax est dilaté, la respiration partout emphysemateuse (inspiration faible, courte, humée et rude; expiration faible, très prolongée et haute). Au sommet droit, en arrière, existe un foyer non douteux de tuberculose : *matité et craquements* (1). Le cœur est dilaté, un peu sourd, son rythme est bigéminé, donnant parfois à la radiale l'impression d'un pouls lent, par effacement de la deuxième pulsation. Foie et rate normaux, urines normales, pas d'hypertrophie ganglionnaire ni amygdalienne.

Il nie toute syphilis et tout chancre, il n'a jamais eu ni éruption, ni maux de gorge, ni céphalée, ni perte de cheveux. Il n'a eu que de l'acné entre 25 et 70 ans, dont il reste les nombreuses cicatrices, et un furoncle à l'avant-bras droit, à 58 ans, en 1890. En 1873, il semble avoir eu un peu de blépharite, ou petits boutons, sur le bord des paupières. Au régiment il a eu quelques « fleurs blanches », mais, depuis, aucun signe de blennorrhagie.

Il se porte bien, mange de bon appétit, travaille encore, et, ne serait son essoufflement qui trouble le début de son sommeil et l'empêche de marcher vite, il ne se « plaindrait pas ».

En attendant le résultat de la biopsie, de l'inoculation et du traitement anti-syphilitique d'épreuve, on porta le diagnostic de sarcome ou de tumeurs lympho-conjonctives disséminées :

En effet, si l'on cherche quelques cas semblables, on ne trouve guère que les syphilomes en nappe, et les tumeurs sarcomateuses qui ressemblent à ce lymphadénome multiple. Le mycosis fongoïde néoplasique d'emblée, de Vidal et Brocq, en est très différent.

Les lésions des membres se rapprochent des sarcomatoses multiples, moulages 56-589 et 56-470 du musée de Saint-Louis. Le cas de Hallopeau (52-1107 et 1114 et 1078) en semble très différent. Le cas de Danlos (52-2357),

(1) C'est un cas qui, entre tant d'autres, vérifie la nature tuberculeuse de l'emphysème pulmonaire, soutenue dès 1881 par le Prof^r Landouzy.

d'un sarcome de la joue, est presque identique à la lésion de notre malade; analogues seulement sont les sarcomes du nez (histologie par Gaston) 52-2360, et de la joue, récidivé après ablation, 52-4369, tous deux de Danlos et guéris par la radiothérapie (52-2423 et SMH, 17 décembre 1904; 52-2410). Tous ces cas sont étiquetés sarcomes.

L'histologie confirma et précisa ce diagnostic clinique, montrant qu'il s'agissait d'un LYMPHADÉNOME.

HISTOLOGIE, d'après DOMINICI (Travail du laboratoire de M. Sabouraud). — Le fragment examiné est le nodule récent de l'avant-bras gauche. (Fixation iodochlorure, éosine orange, bleu de toluidine; Van Gieson.) Au-dessous d'un épiderme non ulcéré et peu touché, s'étend une infiltration diffuse de cellules rondes ou polygonales mononucléées dans un réticulum conjonctif analogue à celui des follicules des ganglions lymphatiques, l'infiltration est diffuse, car elle se fait dans les papilles, le tissu sous-papillaire, le derme et l'hypoderme, car elle n'est pas systématisée, elle est à la fois péri-vasculaire, périglandulaire et périadipeuse, car les bords en sont mal délimités, les cellules s'infiltrèrent vers l'hypoderme entre les cellules adipeuses qui restent intactes et ne réagissent pas, et vers le derme où elles dissocient les fibres conjonctives.

Cette infiltration très inégale et irrégulière prédomine cependant au milieu de la coupe sous forme d'un gros placard centré par un follicule pilo-sébacé.

Ça et là, à distance, on voit la coupe d'un vaisseau non altéré, entouré d'un manchon de cellules identiques à celle du nodule principal.

(ZONE D'INFILTRATION MAXIMA.)

L'infiltration diffuse et continue, non systématisée, s'est faite dans le tissu conjonctif réticulé du derme.

L'accumulation cellulaire résulte de DEUX PROCESSUS :

1° RÉACTION CONJONCTIVE LOCALE essentiellement caractérisée par l'hypertrophie et la desquamation des cellules fixes qui prennent la conformation des mononucléaires de la lymphe et du sang.

2° APPORT DIAPÉDÉTIQUE DE LYMPHOCYTES.

Devant cette réaction des cellules fixes qui s'hypertrophient, s'arondissent et se détachent du réticulum collagène, les fibres conjonctives collagènes et élastiques s'atrophient. C'est là une loi d'histologie générale. Les faisceaux dissociés et refoulés s'amincissent, forment un réticulum grêle occupé par des cellules conjonctives irritées et les mononucléaires sanguins venus par diapédèse.

1° RÉACTION CONJONCTIVE LOCALE A TYPES DIVERS. — Ces éléments nés de la prolifération de cellules fixes du derme forment la majorité de l'infiltrat et l'emportent sur l'infiltration lymphocytaire.

Les cellules fixes ont réagi suivant des types très divers :

a. Hypertrophie sans desquamation, avec persistance des anastomoses cellulaires et mise en évidence de ces anastomoses, formant réticulum cellulaire.

b. Réunion en plasmodes.

c. Hypertrophie et desquamation, mise en liberté des cellules fixes qui prennent le type des mononucléaires de la lymphe et du sang.

d. Karyokinèses.

a. Les unes s'hyperplasient mais *restent anastomosées, formant un réseau cellulaire intriqué dans le réseau collagène*, réseau à mailles étroites et à minces travées. On voit parfois, comme dans la substance folliculaire du ganglion lymphatique, une grande cellule conjonctive à protoplasma délicat, à noyau clair, tendue entre deux travées de collagène. Quelques-unes à noyau lobé, à protoplasma basophile et homogène (parce que dense et serré), envoient de fins prolongements entre les fibrilles conjonctives.

D'autres sont moins hypertrophiées, elles sont restées polygonales, leur noyau gros reste ovalaire et clair, centré d'un gros grain de chromatine, le protoplasma non spongieux reste acidophile.

b. Certaines se réunissent en masse de protoplasma basophile indivis parsemé de noyaux clairs formant *plasmodes*.

c. C'est dans le réticulum formé de cellules conjonctives en réaction anastomosées, et de fines fibrilles de collagène que desquament d'autres cellules fixes. Elles s'arrondissent, se détachent des travées du réticulum, parfois encore adhérentes par l'une de leurs extrémités, plus souvent desquamées et libérées, elles sont hypertrophiées dans toutes leurs parties : le noyau rond ou incurvé est gros, ses travées chromatiniennes sont épaisses, il est ponctué d'un gros nucléole ; le protoplasma est tuméfié, *spongieux, basophile*. Elles sont arrondies ou polygonales et *prennent le type des mononucléaires de la lymphe et du sang (mise en liberté des cellules fixes)*.

d. Nombreuses sont les figures de *karyokinèse* normales ou anormales coïncidant avec la présence de *granulations* δ dans le protoplasma (1).

De ces réactions différentes résulte un aspect très divers de l'infiltration.

2° IMMIGRATION LYMPHOCYTIQUE. — A ces cellules conjonctives qui ont réagi suivant ces modes si divers et qui forment la majorité de cet infiltrat se surajoutent d'assez nombreuses cellules rondes embryonnaires du type lymphocyte. Elles proviennent des vaisseaux sanguins et lymphatiques et peut-être des karyokinèses des cellules fixes.

(1) Les granulations d'Ehrlich sont de gros grains basophiles irréguliers dus à la précipitation de la substance basophile primordiale du protoplasma de la cellule, le plus souvent au moment de la karyokinèse.

Quelques-uns de ces lymphocytes subissent la *transformation érythrophile*, c'est-à-dire que le noyau restant dense très basophile, le protoplasma s'accroît et se charge de granulations éosinophiles, *in situ*. Cette transformation locale en éosinophiles est facile à distinguer de l'éosinophilie par importation sanguine, car alors que les éosinophiles du sang ont un noyau clair et le plus souvent trilobé, les éosinophiles nés *in situ* conservent un noyau opaque dense, le plus souvent unique ou bilobé.

Pas de transformation en plasmazellen.

C'est donc avant tout une *réaction du tissu conjonctif fixe* suivant un mode assez simple et pur, *différent des réactions inflammatoires phlegmasiques*. Les cellules rondes embryonnaires lymphatiques ne sont pas à majorité. Cet état d'infiltrat *concorde avec la formule sanguine*. Dans le sang, en effet, les mono sont du type des gros mononucléaires, les lymphocytes sont rares.

(*Vaisseaux de l'infiltrat.*) — Ça et là quelques vaisseaux ont leurs parois épaissies. Les cellules endothéliales sont un peu tuméfiées, les fibres conjonctives des parois sont disjointes par des cellules conjonctives hypertrophiées. Toutes les cellules et les cellules périthéliales réagissent suivant le même mode que les cellules conjonctives de l'infiltrat.

Malgré la réaction du tissu conjonctif et la mononucléose, il ne s'agit pas d'un état inflammatoire franc complet, car il n'y a *ni exsudat fibrineux, ni polynucléose locale, ni diapédèse de polyneutrophiles, ni thrombose vasculaire, ni afflux de globules rouges*.

TISSUS ENVIRONNANTS. — Autour de ce placard principal, ce sont des lésions de même ordre mais de moins en moins prononcées et s'éteignant peu à peu vers la périphérie.

Épiderme: L'épiderme n'est pas ulcéré, il n'est qu'aminci et tendu: ses cellules n'ont pas réagi. Il est infiltré de quelques rares mononucléaires en migration, à noyau rond ou incurvé.

Papilles et couche sous-papillaires: Ces deux régions sont confondues par la disparition presque complète des papilles, due à l'amincissement et à la tension de l'épiderme.

Les lésions sont discrètes. Beaucoup de cellules conjonctives sont hypertrophiées, mais le noyau reste pâle, et le proto acidophile. La texture reste dense, souvent elle tend à devenir fibrillaire et s'accompagne de l'infiltration de quelques mono.

Un grand nombre de mono sont en migration, à noyau rond ou plissé, quelques-uns se transforment en plasmazellen.

Dilatation notable des capillaires lymphatiques et veineux. Très légère infiltration œdémateuse. Pas de polynucléaires dans le derme ni dans les vaisseaux.

Donc, il existe une ébauche de réaction conjonctive.

Derme : Faisceaux conjonctifs écartés par un léger œdème, hypertrophie et desquamation des cellules conjonctives, infiltrat cellulaire de plus en plus marqué, lorsque l'on se rapproche du placard central, hypertrophie des cellules endothéliales vasculaires et lymphatiques.

En résumé, réaction abondante des cellules conjonctives dermiques, presque pure et non phlegmasique, desquamation des cellules qui prennent le type de grand mononucléaire et se surajoutent aux mono d'importation vasculaire. Comme il est si fréquent de le voir dans le tissu lymphoïde, l'endothélium des nombreux vaisseaux sanguins est tuméfié. Le tout forme un *infiltrat de mononucléaires dans un réticulum conjonctif fin à mailles étroites dont les cellules conjonctives seraient hypertrophiées. C'est donc un LYMPHADÉNOME.*

Ce n'est ni la réaction des tuberculoses (1), ni de la syphilis. Ce n'est pas un lymphosarcome, car il n'y a pas transformation monstrueuse des cellules conjonctives, ni cellules géantes métatypiques.

Ce lymphadénome a des caractères un peu spéciaux.

Ce n'est pas le lymphadénome pur métastatique ; dans le lymphadénome métastatique pur, l'infiltration est presque exclusivement composée de cellules lymphocytiques immigrées par diapédèse, la réaction des cellules conjonctives est peu marquée, au lieu d'être prédominante, et il n'existe pas de réaction des cellules endothéliales.

Dans notre cas, au contraire, les cellules de la néoplasie sont avant tout formées par la desquamation et la transformation en mononucléaires des cellules fixes de la région ; les lymphocytes sont en minorité.

C'est cependant un lymphadénome puisque la néoplasie est une accumulation de cellules mononucléées dans un réticulum conjonctif à mailles étroites à fines travées. Mais *ce lymphadénome a pour caractéristique LA PRÉDOMINANCE DE LA RÉACTION AUTOCHTONE DU TISSU CONJONCTIF* sur l'immigration lymphocytaire diapédétique.

La néoplasie est donc formée de deux éléments : 1^o immigration lymphocytaire ; 2^o réaction locale du tissu conjonctif caractérisée par la transformation lymphoïde directe, *in situ*, du tissu conjonctif dermique.

PATHOGÉNIE. — Dominici admet, d'après ses recherches, qu'on confond avec des métastases pures, la production de tumeurs secondaires qui sont dues à la réaction locale des éléments constitutifs de la région néoplasiee.

Il semble donc que chaque foyer soit dû à une réaction locale du tissu conjonctif, sous l'influence de causes que nous ignorons encore, et peut-être infectieuses. Ces néoplasies ne sont pas provoquées par une embolie métasta-

(1) L'inoculation a été négative.

tique lymphocytaire, partie d'un foyer primitif et proliférant sous la forme lymphocytaire, au point où elles s'arrêtent. Elles ne seraient pas, par conséquent, dépendantes les unes des autres, mais effets d'une même cause. Dans les tumeurs mésodermiques la métastase est la dissémination de la cause pathogène productrice de la néoplasie, l'embolus cellulaire joue un rôle accessoire, et n'est peut-être simplement qu'un vecteur.

Évolution. — Un traitement anti-syphilitique énergique est institué ou, plutôt, continué. Ce malade, venu à notre consultation, avait déjà eu trois piqûres d'huile grise avant son entrée dans le service (9 janvier 1906), on substitue le calomel indolore de Duret. On essaie l'iodure de potassium, mais l'intolérance est telle que l'on doit suspendre et on le remplace par l'iodo-maisine de Donard et H. Labbé, qui semble, sans en avoir les inconvénients, avoir les mêmes propriétés que l'iodure de potassium, puisque nous l'avons vue déterminer la résolution rapide de gommages authentiques sans l'addition de mercure. Malgré ce traitement intensif, les lésions ne régressent pas ; le 12 février, il en survient même de nouvelles à la face postérieure de la jambe ~~gauche~~, autour des anciennes ; ces nouveaux foyers apparaissent sous forme de ~~nodosités~~ *nodosités* ~~dermiques~~ *dermiques* analogues à celles de l'érythème noueux ; les jours suivants, elles rosissent l'épiderme et, peu à peu, deviennent en tout semblables aux anciennes lésions. Le traitement ~~sérumique~~ fut donc cessé le 20 février, il avait été iodo-mercurique et continué pendant plus de deux mois.

Au contraire, le traitement RADIOTHÉRAPIQUE a donné, entre les mains de M. Noiré, d'excellents résultats. Déjà, devant l'insuccès du traitement iodo-mercurique, une première séance avait été faite sur l'infiltration de la face, le 1^{er} février ; les lésions rétrocedèrent rapidement. Le 20 février et les jours suivants, on a donc irradié tous les autres points cutanés.

Essais de culture du bacille lépreux.

Par M. P. ÉMILE-WEIL.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de Dermatologie, le résumé d'un travail, publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur* du 23 décembre 1905, auquel ceux qui s'intéressent à la question voudront bien se reporter pour tous les détails techniques. J'ai pendant un an, au laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis, tenté d'obtenir des cultures du bacille lépreux, et quoique mes essais n'aient pas été suivis d'un succès complet, je crois avoir déterminé un certain nombre de points importants.

a) On peut arriver à faire pousser le bacille lépreux hors de l'organisme humain, en utilisant les cas de lèpre tuberculeuse. On choisira un nodule jeune, saillant, recouvert d'un épiderme intact, enchâssé dans le derme, de couleur rougeâtre ou jaunâtre. Ceux qui nous ont donné les meilleurs résultats avaient l'aspect de furoncles anciens, n'ayant point abouti à l'élimination du bourbillon et présentaient un centre ramolli, visible par transparence. Ils contenaient du pus, presque liquide, du suc lépreux, constitué par

des cellules lépreuses, et le bacille à réactions orthochromatiques, sans microbes étrangers.

Dans ces nodules, le bacille se colore bien et ne se montre pas granuleux. On peut savoir d'avance, en faisant un frottis lors de l'ensemencement, si la culture réussira. Il ne faut point faire deux prises au même nodule, la moindre trace de sang lépreux empêchant, nous a-t-il semblé, le développement des colonies.

b) Nous n'avons obtenu de cultures que dans l'œuf de poule frais, avec une fréquence relative, et sur des milieux gélosés à l'œuf de poule, à 37° et 39°. Les milieux ordinaires ne nous ont point donné de bons résultats. Huit fois sur dix, nous avons obtenu la végétation microbienne, en partant de nodules jeunes; et pour ainsi dire jamais, nos cultures n'ont été souillées par des microbes vulgaires. Mais nos cultures premières ne nous ont jamais donné de secondes cultures, comme si les cellules macrophagiques humaines étaient indispensables au développement du bacille.

c) La colonie se développe au cinquième jour environ sur la strie d'ensemencement, autour d'une parcelle lépromateuse, et s'accroît pendant une quinzaine de jours environ. Blanc jaunâtre sur la gélose-œuf, elle est jaunâtre sur le fond blanc des géloses-sérum; elle est ferme, facile à émietter, quand on l'écrase sur lame. Les bacilles ont tous les caractères orthochromatiques de bacilles jeunes et ne sont pas granuleux.

Nous vous présentons, outre ces frottis d'ensemencement, des frottis de culture au 45^e jour dans l'œuf de poule, et des frottis de cultures avortées sur divers milieux. Dans ces dernières, dès le 10^e jour, il ne reste plus trace des nombreux bacilles ensemencés, que les macrophages semblant phagocyter même *in vitro*.

Nous avons donc trouvé un moyen d'obtenir de façon assez constante la végétation *in vitro* du bacille lépreux, et obtenu des premières cultures manifestes. Nous pensons qu'en utilisant des lèpres plus virulentes que celles de nos climats, on pourra obtenir des résultats supérieurs aux nôtres, c'est-à-dire, des cultures en séries.

M. SABOURAUD. — C'est la première fois qu'on obtient une culture du bacille lépreux. Il a été impossible de passer à une seconde culture, mais peut-être y arrivera-t-on, en se servant d'une meilleure semence.

M. LEREDDE. — J'ai fait autrefois, avec Bezançon, des essais de culture de bacille lépreux et nous avons obtenu des cultures plus nettes sur la gélose au sang, mais nous n'avons pu obtenir de cultures en série. Les recherches de M. Weil montrent l'importance qu'il y a de disposer de bacilles en pleine vitalité et permettront peut-être d'obtenir des cultures sur d'autres milieux que celui qu'il propose aujourd'hui.

Auto-inoculation de chancres syphilitiques.

Par M. QUÉTRAT.

A la séance du 11 janvier (1) dernier j'ai eu l'honneur de présenter à la Société de Dermatologie un malade que j'ai considéré, et que je considère encore, comme présentant un *résultat positif d'auto-inoculation de chancre syphilitique*.

Le cas en question était la suite d'une série d'autres analogues que j'ai présentés, en 1904 et 1905, à la Société médicale des hôpitaux.

Je dois reconnaître que mon opinion a été loin de réunir tous les suffrages : M. Renault m'a objecté que les accidents que j'avais produits étaient une simple conséquence du traumatisme d'inoculation, chez un individu en puissance de syphilis. C'était du moins l'opinion de notre collègue le 11 janvier, car j'ai eu le plaisir — à la lecture du Bulletin — de voir que depuis il a évolué et qu'il attribue maintenant les lésions que je vous ai présentées « à l'inoculation, *in situ*, du pus très virulent du chancre syphilitique ». Si cette transformation de l'objection de M. Renault rend incompréhensible pour le lecteur la réponse que j'y ai faite par les résultats négatifs des traumatismes témoins, elle me donne par contre la satisfaction de voir que mon excellent collègue accède maintenant à ma manière de voir, car ce que je vous ai dit, ce que je crois, c'est que les lésions que je vous ai montrées (et que je vais vous montrer tout à l'heure encore), ne sont autre chose que le *résultat de l'inoculation d'un suc syphilitique virulent à un organisme non encore complètement immunisé*.

Enfin notre vénéré Président — avec une sévérité, que justifient sans doute et sa grande autorité et sa longue expérience, — a durement qualifié les résultats que j'ai obtenus et que je vous présentais comme intéressants : « Ricord, nous a-t-il dit, connaissait bien ces déterminations qu'il appelait *fausses papules d'inoculation* ; ce sont des lésions banales que produirait l'infection par un produit quelconque, voire même la simple poussière, et il n'y a pas là d'auto-inoculation ».

Mais comme ce n'est qu'après mûre réflexion, après des expériences répétées et qui m'ont paru concluantes que je suis arrivé à l'opinion que j'avais l'honneur de vous exposer, j'avoue que je ne me suis pas laissé ébranler par les arguments de mes honorables contradicteurs, quelque estime, quelque admiration que je puisse avoir pour leurs connaissances cliniques, pour leur talent d'observation, et je vous demande la permission d'essayer de défendre et — je l'espère bien — de gagner ma cause.

(1) Pour des raisons de lithographie, ma communication et la discussion qui s'en est suivie n'ont paru que dans le Bulletin de février.

J'examinerai et discuterai trois points :

1^o *Les résultats d'auto-inoculation que j'ai obtenus sont-ils des lésions banales et n'importe quoi peut-il les produire ?* (M. Fournier.)

2^o *Sont-ils le résultat des traumatismes d'inoculation ?*

3^o *Sont-ce des syphilomes ?*

I. — M. Fournier nous a dit que Ricord connaissait bien ces lésions et qu'il les appelait *fausses papules d'inoculation*. Je crois que notre vénéré président a dû faire un lapsus, car j'ai relu avec la plus grande attention, et d'un bout à l'autre, les *Leçons sur le chancre*, de Ricord, qui datent de 1856 et qui ont été si remarquablement rédigées et annotées par M. Fournier (1), le *Traité pratique des Maladies vénériennes*, de Ricord, publié en 1858 (2) et nulle part je n'ai vu qu'il fût question de *fausses papules* d'inoculation ; il est question de fausses *pustules*, ce qui, en langage dermatologique, n'est pas du tout la même chose.

M. FOURNIER. — C'est par erreur qu'on m'a fait dire fausses papules.

M. QUEYRAT. — La question étant tranchée sur ce point et restant sur le terrain des *fausses pustules*, je dirai que chez aucun de mes malades — déjà nombreux — auto-inoculés avec succès par le raclage des chancres syphilitiques, je n'ai observé de pustules mais des *papules*, minimes d'abord, qui augmentent progressivement de volume, s'élargissent jusqu'à atteindre les dimensions d'une lentille ou d'un pois et finalement se recouvrent de squamules minces. Ces papules se montrent d'ordinaire *douze* ou *treize* jours après l'inoculation, persistent longtemps et laissent parfois après elles une macule pigmentée persistante.

La question des fausses pustules de Ricord doit être réservée pour la discussion du diagnostic des inoculations à la peau du chancre mou et non pas du chancre syphilitique. Et si dans ce dernier cas il survenait des pustules, ce ne serait que secondairement à titre d'épiphénomène.

J'ajouterai que — si bien que j'aie cherché — je n'ai trouvé nulle part dans le relevé des centaines et centaines d'inoculations faites par Ricord et ses élèves, avec le pus de la blennorrhagie, de la balano-posthite, du chancre syphilitique adulte, des ulcères cancéreux, des ulcères tuberculeux, etc., nulle part, dis-je, je n'ai trouvé que les expérimentateurs aient produit avec ces différents produits une lésion comparable à celles que je vous ai présentées.

J'ai moi-même auto-inoculé maintes fois à des spécifiques du suc

(1) Paris, Adrien Delahaye (2^e édition), 1860.

(2) Librairie des Sciences médicales de Just Rouvier et E. Le Bouvier Paris (1858).

de chancres syphilitiques à la période d'état, ou même à la période d'augment (mais après le 11^e jour); je leur ai inoculé, au bras, le pus d'une blennorrhagie, d'une balano-posthite dont ils étaient atteints coïncidemment; jamais dans aucun de ces cas, jamais, je n'ai réussi à produire de lésion comme celle dont la nature est en discussion en ce moment. Pour l'obtenir, il faut, je le répète, *l'inoculation d'un chancre syphilitique jeune, de moins de douze jours et non traité*.

M. Barthélemy dans les commentaires dont il fait suivre ma communication, après avoir dit que les lésions produites *ressemblent à des syphilides papulo-squameuses*, ajoute, quelques lignes plus bas : « *on dirait que ce sont de simples pustules de fausse inoculation comme toute pustule pyodermique ou l'herpès peuvent en donner (1)* » ; il faudrait s'entendre : si c'est une papule ce n'est pas une pustule. Et, encore une fois, ce que j'ai obtenu c'est une papule et rien d'autre, et cette lésion ressemble singulièrement au début du chancre syphilitique *cutané* tel que l'a décrit M. Fournier (2) et qui est alors constitué, dit-il, « par un tout petit bouton très légèrement papuleux, lenticulaire de forme, rougeâtre, desquamatif ou croûteux à la surface ».

M. Barthélemy nous a dit que d'après ses souvenirs les résultats d'auto-inoculation obtenus par Erik Pontoppidan et présentés au Congrès de Copenhague de 1884, résultats auxquels il ne conteste pas le nom de *chancres*, étaient tout à fait autre chose que ce que je vous ai montré; il semble bien, au contraire, qu'il y ait une très grande similitude entre les faits expérimentaux de Pontoppidan et les miens. Les légères différences proviennent peut-être de ce que Pontoppidan pratiquait ses inoculations à l'abdomen, tandis que jusqu'à présent les miennes avaient été faites à la région deltoïdienne. Voici au surplus un résumé des observations de Pontoppidan.

OBSERVATION I. — (Chancre de quelques jours, non traité.) Trois inoculations à l'abdomen : sur les traces de l'inoculation, treize jours après, *papules* rouges, un peu surélevées, de la grosseur d'un grain de chènevis, qui, sept jours après, ont les dimensions d'un *pois*, seize jours après, celles d'une petite *fève* et qui sont sensiblement indurées.

Obs. II. — (Chancre de quinze jours) Trois inoculations à l'abdomen; au point d'inoculation, vingt et un jours après, papules rose clair, un peu élevées, de la grosseur *d'une tête d'épingle* : elles précèdent les accidents secondaires de huit jours, n'augmentent pas et deviennent écailleuses.

Obs. III. — (Chancre de quelques jours.) Trois inoculations à l'abdomen : treize jours après, surviennent sur deux des points d'inoculation, *deux papules* rougeâtres de la grosseur d'une tête d'épingle; l'une d'elles se

(1) *Bulletin*, 1906, p. 68.

(2) FOURNIER. *Traité de la syphilis*, Rueff, 1892, tome I, p. 32.

développe jusqu'à atteindre à peu près la grosseur d'un pois, elle est dure au toucher et présente à son sommet un petit collet d'écaillés.

Obs. IV. — (Chancere de date non précisée.) Trois inoculations à l'abdomen. Aucun changement jusqu'au douzième jour où, sur les traces des inoculations, on rencontre des *taches rouges* de la grosseur d'une tête d'épingle qui deviennent des *papules* de la grosseur d'un grain de millet, puis d'un pois et qui, à ce moment, se transforment en pustules et se couvrent de croûtes; le trente-sixième jour, les croûtes tombent, les papules s'aplanissent; le cinquante-deuxième jour, elles sont effacées, pâlies, mais encore appréciables. Éruption secondaire maculo-papuleuse au vingt-sixième jour.

Obs. V. — (Chancere récent.) Trois inoculations à l'abdomen. Le treizième jour, sur une des inoculations, petite tache rouge qui devient, les jours suivants, une *papule* de la grosseur d'un pois, dure au toucher et bombée.

Je conclus : les lésions d'auto-inoculation que j'ai provoquées ne sont pas « *des lésions banales et que n'importe quoi, voire même de la simple poussière, peut produire* », ce sont des lésions spéciales qui ne se montrent qu'à la suite de l'auto-inoculation de chancres syphilitiques *jeunes et non traités*; elles ont beaucoup de ressemblance avec les résultats obtenus par Pontoppidan (Congrès de Copenhague).

II. — *Mes résultats d'auto-inoculation sont-ils la conséquence du traumatisme ?*

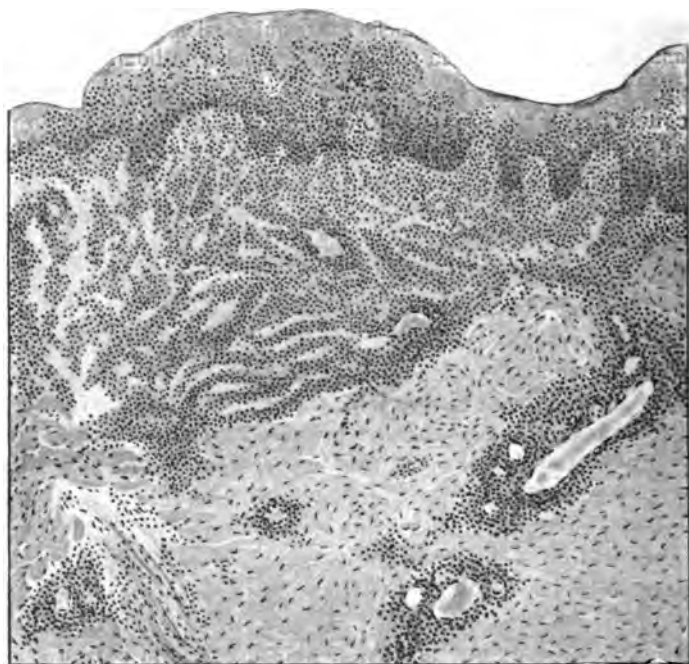
Apparemment non, puisque j'ai pris la précaution de faire à mes malades des traumatismes témoins avec un vaccino-style simplement flambé et que ces lésions sont toujours restées à l'état de simples cicatrices traumatiques, quelquefois avec une très légère saillie, mais jamais, ainsi que vous avez pu le voir et que vous allez le constater encore tout à l'heure sur deux nouveaux malades, jamais, elles n'ont été le point de départ de ces lésions largement papuleuses que je vous ai montrées. Est-ce à dire qu'un traumatisme profond, comme ceux que je fais, ne puisse pas, à la période secondaire, devenir un point de fixation pour les spirochètes en migration à la surface de la peau ? C'est là un petit problème intéressant qui mérite d'être examiné sur des biopsies; mais à rester sur le terrain de la clinique, jamais les traumatismes simples n'ont réussi à produire les lésions que provoque l'introduction sous l'épiderme du suc de chancre syphilitique jeune et non traité.

III. — *Les résultats d'auto-inoculation que j'ai produits sont-ils des syphilomes ?*

Les caractères cliniques de ces lésions, les conditions expérimentales dans lesquelles je les ai produites étaient déjà des arguments suffisants pour en faire des syphilomes, et c'est ce que j'ai affirmé. Mais j'ai tenu, par surcroît, à apporter à cette opinion l'appoint de l'examen anatomo-microbiologique, et, le 20 janvier, j'ai biopsié les

deux lésions d'auto-inoculation du malade que je vous avais présenté le 11; je les ai remises à M. Levaditi qui a bien voulu — et je l'en remercie vivement — les examiner avec grand soin et qui m'a donné à ce sujet la note que voici :

Lésions d'auto-inoculations. — Biopsie du 20 janvier 1906. *Fragment (a)* (procédé de la pyridine). L'épiderme non ulcéré est légèrement boursoufflé et épaissi. Les prolongements interpapillaires de l'épiderme sont plus longs et plus gros que d'habitude, les couches profondes sont infiltrées par des



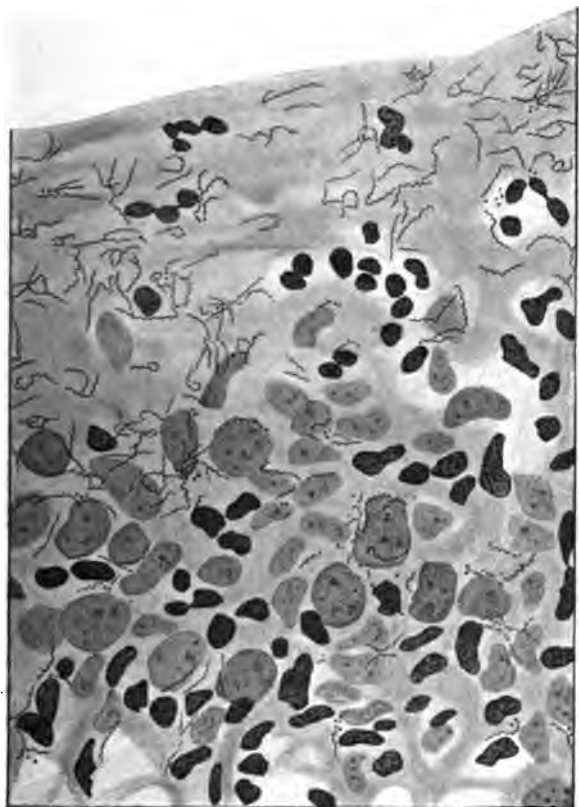
Ch. Constantin.

FIG 1.

polynucléaires bien conservés. Les lésions du derme sont relativement peu développées. Confluentes au niveau du soulèvement de l'épiderme (régions papillaires), ces lésions se présentent sous forme de bandes isolées dans les régions plus profondes (fig. 1). A un fort grossissement, on constate que dans la zone confluyente, les altérations sont constituées par une accumulation d'éléments mononucléaires autour des vaisseaux. Ceux-ci sont, en général, obstrués par le gonflement de l'endothélium dont les noyaux gros et clairs sont très apparents. Autour des vaisseaux, éparpillés dans un réticulum fibrillaire très fin et qui fixe légèrement l'argent, on distingue une quantité de cellules rondes ou ovalaires pourvues de noyaux arrondis ou allongés. Ce sont en partie des cellules du type lymphocytaire, en partie des éléments plus gros

qui rappellent les plasmazellen. Ça et là, on rencontre une figure karyokinétique. Plus loin de la surface, les altérations deviennent discrètes, elles ne sont plus représentées que par des amas de cellules rondes disposées le long des capillaires et des petits vaisseaux du derme.

On observe sur la coupe un assez grand nombre de spirochètes. Les



La Constante

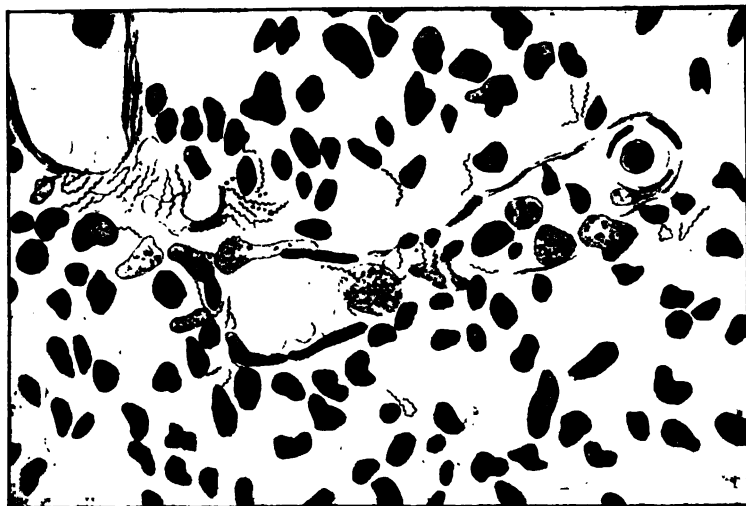
FIG. 2.

parasites existent, soit au niveau de l'épithélium épidermique, éparpillés entre les cellules (fig. 2), soit dans la profondeur autour des vaisseaux. L'accumulation des spirochètes autour des vaisseaux et leur prédilection pour l'endothélium de ces vaisseaux apparaît d'une façon très nette (fig. 3). Rien de particulier quant à la forme des spirochètes qui est typique.

Fragment (b). — Il présente les mêmes altérations que le précédent, mais moins accentuées.

Voici un protocole anatomo-microbiologique qui me semble trancher définitivement la question en ce qui concerne la nature des auto-inoculations que je vous ai présentées. Ce ne sont pas des

lésions quelconques, *ce sont des syphilomes*, puisque nous y trouvons en abondance le spirochète qui a pullulé en ces points et y a



Ch. Constantin.

FIG. 3.

déterminé des réactions cellulaires caractéristiques. Je n'insisterai pas davantage.

Voici maintenant un jeune malade de 18 ans. L..., Gilbert, à qui j'ai fait il y a 15 jours, à la région deltoïdienne gauche, deux auto-inoculations avec le pus de la *balano-posthite érosive*, dont il était atteint. Ce pus contenait en abondance des spirilles, des bacilles courts et des cocci, comme toute balano-posthite érosive non traitée.

Après vingt-quatre heures, aux points d'inoculation, macule érythémateuse. Après quarante-huit heures, petite vésicule qui s'est rapidement séchée et a laissé une croûte.

Vous pouvez constater que cette lésion d'auto-inoculation ne ressemble absolument en rien à celles qui suivent l'auto-inoculation de chancre syphilitique, comme je vais vous en montrer trois beaux spécimens.

Obs. I. — G..., 25 ans, fumiste, qui vient me consulter le 11 février, est atteint depuis huit jours de deux chancres syphilitiques typiques, l'un à droite du frein, l'autre sur le nimbe à droite, indurés tous les deux. Adénite inguinale bilatérale.

Le 11 février, je fais :

1° Sur la région deltoïdienne gauche, deux auto-inoculations avec le raclage du chancre du frein et au-dessous, sur la région brachiale, deux traumatismes témoins.

2° Sur la *paroi abdominale*, à gauche de l'*ombilic*, deux inoculations avec le suc du même chancre, l'un par scarification, l'autre par piqure. Au-dessus, deux traumatismes témoins, l'un par scarification, l'autre par piqure.

Le 21 février (onzième jour après), les points où le suc chancereux a été inoculé présentent une légère rougeur, les traumatismes témoins sont presque effacés.

Le 23 (treizième jour), légère saillie.

Le 28 (dix-huitième jour). Les auto-inoculations sont devenues des papules d'un rouge sombre, de dimensions d'une petite lentille, comme vous pouvez le constater, infiltrées saillante, sans action inflammatoire. Les ganglions axillaires sont légèrement augmentés de volume.

Les traumatismes témoins sont à peine appréciables.

Obs. II. — Léon O..., 48 ans, raffineur, vient me consulter le 20 janvier pour un chancre syphilitique du sillon, à gauche, datant de *trois jours*. Le jour



FIG. 4.

même, je lui fais deux auto-inoculations avec le raclage du chancre, l'une à la région deltoïdienne gauche, l'autre à la région abdominale gauche, au-dessous de l'ombilic.

Traumatisme témoin à la région deltoïdienne droite et à la région abdominale droite.

Le 1^{er} février (douzième jour après l'inoculation), les lésions d'auto-inoculation deviennent maculeuses, puis, le 3, légèrement papuleuses.

Le 10, elles ont la dimension d'une grosse lentille, faisant une saillie de 3 millimètres environ.

Le 15, elles se couvrent de squames fines blanchâtres.

Les traumatismes témoins n'existent qu'à l'état de petites cicatrices. Érup-

tion secondaire maculeuse, le 21 février. Tandis que l'état restait tel pour l'inoculation de la région deltoïdienne, il n'en était pas de même pour celle de l'abdomen. Légèrement excoriée par la ceinture du pantalon, elle devenait pustuleuse, se couvrait de croûtes et, actuellement, se présente sous forme d'une ulcération des dimensions d'une pièce de 20 centimes, indolore, à fond lardacé (fig. 4). Les ganglions de l'aîne droite (probablement par inversion lymphatique) sont devenus plus gros et douloureux.

Ce cas reproduit l'observation IV de Pontoppidan et j'aurais beau jeu de dire que là il n'est pas douteux qu'il n'y ait *chancre* au sens strict du mot. Mais je vais faire la partie belle à mes adversaires et je dirai que je considère cette ulcération comme un épiphénomène dû à une infection surajoutée : je doute, en effet, jusqu'à preuve du contraire, que l'auto-inoculation après l'apparition du chancre puisse produire, au moins sur la peau, un processus ulcératif.

Obs. III. — Voici encore une aquarelle qui reproduit les résultats



FIG. 5.

d'inoculation à l'abdomen chez le nommé S..., âgé de 23 ans, du raclage de deux chancres syphilitiques de 10 jours (inoculation pratiquée le 20 janvier).

Là aussi vous constatez la réaction papuleuse caractéristique alors que les traumatismes témoins n'ont rien donné (fig. 5).

De ces expériences répétées et toutes concluantes, de l'examen anatomo-microbiologique que je vous ai détaillé, je me crois autorisé à conclure : *l'auto-inoculation du chancre syphilitique est positive jusqu'au 11^e jour, à condition que le malade n'ait subi aucun traitement, ni local, ni général.*

Cette auto-inoculation après une incubation de 12 à 13 jours, en général, donne naissance à une macule qui rapidement devient *une papule* des dimensions d'une lentille ou d'un pois, d'un rouge sombre, infiltrée, sans réaction inflammatoire. Cette papule se recouvre de fines squames blanchâtres, au bout de 12 à 15 jours. Après ce laps de temps, elle s'affaisse, surtout si le traitement général est institué, mais persiste, souvent longtemps après, sous forme de macule.

L'inoculation du suc de chancre syphilitique adulte ne produit rien de semblable.

Quant à la dénomination qu'il convient d'appliquer à cet accident, j'en réserve la discussion pour plus tard et me borne à vouloir établir aujourd'hui que *les faits que je vous ai présentés sont bien des faits positifs d'auto-inoculation de chancre syphilitique.*

M. BARTHÉLEMY. — D'abord, prenons pour exemple ce qui a lieu souvent pour le chancre simple et pour la vaccine, en fait d'auto-inoculation manquée, il n'y a pas une différence aussi grande qu'on veut bien le dire entre les fausses pustulettes et les fausses papules d'inoculation : un tout petit peu de liquide en plus ou en moins ne crée pas une différence de nature ; c'est donc simple affaire de degré. Mais, dans la question qui se débat ici, l'important n'est pas là ; il est dans le résultat de ces inoculations de chancres syphilitiques, résultats qui sont loin d'avoir les caractères bien reconnaissables des lésions de Copenhague et qui sont tels que, si on ne nous disait pas l'histoire de ces lésions, il ne viendrait à l'esprit d'aucun dermatologue de diagnostiquer d'emblée des chancres syphilitiques, aussi atténués qu'on les supposerait.

J'ai dit que les lésions présentées par M. Queyrat diffèrent beaucoup de celles de M. Pontoppidan, et je le répète. *J'ai vu et j'ai touché* les lésions présentées à Copenhague, et cela est plus net que la lecture. Or, ces lésions étaient manifestement indurées ; c'est notamment un des caractères importants du chancre, de ce que nous sommes convenus d'appeler *chancre*, et qui fait défaut ici. Et je me demande en quoi les résultats d'inoculation du chancre spécifique diffèrent de fausses pustules d'inoculation venant, soit d'une pustule purulente quelconque, soit d'une pustule d'herpès, soit de n'importe quelle lésion pyodermique, puisque ces lésions d'inoculation ne sont pas indurées.

Je le répète, il faut qu'on nous dise que ce sont là des chancres ou des dérivés de chancres, pour que nous pensions à des chancres syphilitiques devant de pareilles lésions. Ces réserves faites, j'admets parfaitement, au point de vue doctrinal, que ce sont des lésions d'inoculation de produits syphilitiques évoluant sur un organisme déjà en puissance du virus syphilitique.

C'est à ce point de vue, d'ailleurs, que je trouve fort intéressantes les expériences dont les résultats viennent de nous être exposés.

M. AL. RENAULT. — Il y a deux choses dans la communication de mon excellent collègue M. Queyrat : tout d'abord, un fait, qui est indéniable ; puis, une interprétation, que je ne saurais partager. M. Queyrat abandonne la qualification de chancre pour celle de syphilome, ce terme est vague. Car il peut s'entendre tout aussi bien de l'accident primitif, que de certains accidents secondaires ou tertiaires de la maladie. Ce que je conteste, c'est que la lésion, qui nous est présentée, soit un chancre ou un syphilome primitif. Elle n'en comporte aucun des signes cliniques, tandis qu'elle possède tous les attributs de la papule secondaire. Quand deux accidents primaires se développent à plusieurs jours d'intervalle, le second ressemble trait pour trait au premier. Récemment encore, j'ai eu l'occasion d'observer un malade porteur de deux chancres, dont le second était apparu douze jours après le premier. Or, ce second chancre avait absolument les mêmes caractères morphologiques que le premier.

M. VERCHÈRE. — Peu importe le nom qu'on donne à cette lésion. Je demanderai à M. Queyrat s'il inocule le suc chancreux seul ou le suc mélangé de sang. On a dit que dans l'inoculation du vaccin d'un syphilitique, l'agent de contamination est le sang même du syphilitique, et non le suc vaccinal. Le sang est le grand vecteur du spirochète ; il s'agit de savoir si, dans les inoculations faites par M. Queyrat, il a inoculé le suc chancreux seul, à l'exclusion du sang qui peut y être mélangé.

M. QUEYRAT. — Je suis heureux tout d'abord de constater que M. Renault ne met plus en doute le rôle pathogène du spirochète. Quant à la lésion d'inoculation ce n'est pas, cela ne peut pas être un chancre syphilitique typique, parce qu'elle a lieu au moment où l'organisme est en voie d'immunisation. Elle ressemble d'ailleurs complètement à certains chancres syphilitiques successifs, survenant, non pas 12, mais 25 et 30 jours après le premier chancre, comme dans un cas que j'ai présenté, en 1904, à la Société médicale des hôpitaux.

A M. Verchère, je répondrai que son opinion sur la contagiosité du sang est excessive. Le sang contient, en réalité, très peu de spirochètes ; dans mes expériences, c'est uniquement le suc chancreux qui a servi à l'inoculation.

M. FOURNIER. — Je prie M. Queyrat de croire que je n'apporte pas dans cette petite discussion le moindre sentiment d'hostilité. Nous ne différons d'opinion que sur le nom qu'on doit donner aux lésions qu'il a provoquées. Je prétends que ces lésions n'ont aucune ressemblance avec ce qu'on appelle un chancre ; on doit réserver ce dernier terme à des lésions constituées : 1° par une érosion ; 2° par une sécrétion ; 3° par une physionomie spéciale, que je n'ai pas besoin de rappeler ; 4° par une adénopathie spéciale, etc.

Je ferai remarquer, comme M. Renault, que les chancres successifs vrais sont des chancres parfaits, analogues de tous points au chancre initial.

Vous trouvez le spirochète dans la lésion d'inoculation parce que vous l'y avez mis. En somme, ce que vous appelez A, je l'appelle B ; notre désaccord est là, et nous pourrions discuter longtemps sans nous entendre.

M. QUEYRAT. — Il ne suffit pas d'inoculer le spirochète, il faut encore qu'il puisse se multiplier, il faut qu'il détermine des réactions cellulaires : c'est ce que j'ai obtenu. Si on auto-inocule un chancre au 20^e ou 30^e jour, ce même spirochète apporté du dehors n'évoluera pas, ne produira plus rien. Quant à la dénomination de *chancre avorté* que j'ai cru devoir donner à mes résultats d'auto-inoculation j'en fais bon marché et je ne voudrais pas que l'intérêt de cette question si importante de *l'auto-inoculabilité du chancre syphilitique* se perdît dans une misérable question de mots. Je répète donc ce que j'ai dit à la séance de janvier : je donne provisoirement aux lésions que j'ai provoquées le nom de *syphilomes d'auto-inoculation* et je retiens ce fait : *l'auto-inoculation du chancre syphilitique donne des résultats positifs dans les 11 premiers jours qui suivent son apparition et dans les conditions d'expérimentation que j'ai indiquées.*

M. FOURNIER. — Puisque M. Queyrat abandonne le terme de chancre d'inoculation, nous voici tout à fait d'accord.

Chancre syphilitique du vestibule narinaire.

Par MM. GAUCHER et BOISSEAU.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est atteint d'accident primitif, remarquable par son siège. Le chancre occupe, en effet, le vestibule de la narine gauche. L'ulcération, à bords lisses, à fond régulier, s'étend sur la face interne de la narine et sur la cloison. Elle ne dépasse pas l'orifice narinaire.

Extérieurement, le nez est à peine augmenté de volume ; l'aile du nez est rouge, nettement indurée. Il existe une adénopathie sous-maxillaire gauche.

L'œil gauche présente enfin du larmoiement depuis quinze jours, dû, sans doute, au gonflement de la muqueuse du canal nasal.

L'ulcération nasale aurait débuté, d'après le malade, il y a trois semaines. En réalité, elle doit être plus ancienne, car on constate une roséole généralisée intense, avec quelques éléments papuleux et on trouve, sur le scrotum, des syphilides papulo-érosives.

Sur un lichen de Wilson systématisé en bandes avec envahissements poplités secondaires en nappe, contagiosité possible.

Par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP.

Ce cas est intéressant surtout par ses caractères cliniques anormaux, et par les problèmes de pathogénie qu'il soulève. Le sujet, ancien infirmier, séjourne dans un hôpital d'incurables : il y a là un fait digne d'être noté. En effet, cette maladie, en somme assez rare, se développe avec une fréquence remarquable chez les employés des

établissements hospitaliers : c'est ainsi qu'à Saint-Louis, l'une de nos religieuses et deux de nos infirmiers en ont été atteints. C'est là un fait qui doit être rapproché des cas familiaux rapportés par MM. Brocq, Rieke, nous-mêmes et autres en faveur de la contagion, et, par conséquent, de la théorie parasitaire.

L'histoire de ce malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le nommé D..., Gabriel, âgé de 73 ans, infirmier, entré le 11 janvier 1906, salle Bazin, lit n° 27.

Pas d'antécédents à noter. Sa maladie actuelle a débuté, il y a deux ans, par de vives démangeaisons à la partie postéro-interne de la cuisse droite ; elles ont coïncidé avec l'apparition de saillies cutanées et de croûtelles provoquées par le grattage. Les altérations se sont propagées de haut en bas, en forme de bandes, jusqu'au niveau du creux poplité, où elles se sont étendues en nappe et persistent depuis dix-huit mois. La bande interne, continuant à descendre, s'est étendue jusqu'au 1/3 supérieur de la jambe. Il y a huit ou neuf mois, un placard en nappe identique s'est développé à gauche dans le creux poplité.

État actuel. — La bande de la cuisse droite occupe les 2/3 inférieurs de cette région.

Elle est constituée par des saillies confluentes, les unes lenticulaires, les autres polygonales, d'une coloration rouge pâle. Elles présentent, dans leur partie centrale, une dépression punctiforme ; de plus, beaucoup d'entre elles sont littéralement criblées de dépressions dont les dimensions moyennes répondent à celles d'une tête d'épingle. Les papules du centre de la bande sont plus saillantes et plus volumineuses que celles de son pourtour. Son bord antérieur est constitué par une rougeur plus vive, avec induration et dépression punctiforme. Les papules sont séparées par des sillons profonds. Leur consistance est ferme.

La bande se propage verticalement de haut en bas jusqu'au 1/3 supérieur de la jambe. Elle mesure, dans son diamètre longitudinal, 29 centimètres et transversalement, à la cuisse, 4 centimètres ; à la jambe, 35 millimètres.

A son extrémité inférieure, une rougeur avec infiltration et dépressions punctiformes constitue la zone d'envahissement : les saillies polygonales n'y sont pas apparentes. En divers points, on voit des excoriations profondes, du volume d'une lentille, consécutives au grattage.

Au niveau du creux poplité, la bande verticale se continue avec un large placard qui occupe toute la région, mesurant 10 centimètres transversalement sur 8 verticalement. On y distingue les mêmes papules polygonales, les mêmes dépressions punctiformes, les mêmes zones érythémateuses limitantes, les mêmes excoriations profondes.

A la jambe gauche, la seule altération est un placard de 8 centimètres transversalement sur 7 verticalement, identique à celui que nous venons de décrire, et occupant comme lui le creux poplité.

Il n'y a pas d'autres manifestations de lichen.

On voit qu'il existe, simultanément, chez ce malade, deux catégories bien distinctes de localisations :

Une trainée, sous forme d'une longue et large bande verticale et deux placards symétriques des régions poplitées.

La bande correspond aux lignes de Voigt; nous rappellerons que, dans des cas analogues, l'un de nous a admis que le surcroît d'activité nutritive, liée aux anastomoses des rameaux des deux nerfs limitrophes, constitue un milieu de culture favorable au développement des agents pathogènes du lichen de Wilson.

Les *localisations poplitées* ne sont pas susceptibles de cette interprétation; il semble bien que celle du côté droit se soit développée de proche en proche, par prolifération et extension des agents pathogènes en activité dans la bande descendante, et qu'ultérieurement, par action trophique réflexe, elle ait transformé également le creux poplité de l'autre membre en un bon terrain pour ce même agent; l'un de nous a publié autrefois un cas dans lequel une gangrène artificielle de l'un des genoux s'est compliquée, quinze jours après, d'une altération de même nature dans la portion symétrique de l'autre membre; il y avait eu là en toute évidence une action trophique réflexe.

En dehors de ces problèmes de localisation, il faut avoir égard chez ce malade à l'absence complète de tout élément de lichen en dehors de la bande et des plaques; chose remarquable et exceptionnelle, ce n'est pas par la genèse de nouvelles papules que se fait ici la propagation des lésions, mais bien par une zone érythémateuse à laquelle les très nombreuses dépressions ponctiformes donnent seules le caractère de lichen.

Nous noterons enfin la violence du prurit et du grattage qui amène ces *excoriations profondes et étendues*, comme faites à l'emporte-pièce.

Dernier détail: la plupart des papules sont lenticulaires; la forme polygonale n'est donc pas la caractéristique constante des éléments du lichen de Wilson.

Sur un cas de suppurations tuberculeuses multiples avec grains riziformes.

Par MM. HALLOPEAU et ROY.

L'un de nous a déjà insisté à diverses reprises, en particulier en 1888 dans un travail avec M. L. Wickham et en 1891 au congrès de la tuberculose, sur ces suppurations d'origine tuberculeuse.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter en offre un exemple remarquable, et, à certains égards, insolite; nous résumerons son histoire ainsi qu'il suit:

Le nommé M..., Albert, âgé de 34 ans, employé de chemin de fer, entre le 15 février 1906, salle Bazin, lit n° 38.

Il n'y a pas d'antécédents de tuberculose dans la famille, non plus que chez le sujet lui-même.

La maladie a *débuté*, au mois de juillet 1903, par une petite élevation rouge qui s'est développée sur le dos du poignet gauche et depuis lors s'est un peu étendue.

Quelques jours après, ont apparu d'autres saillies au bout des doigts. Ces dernières contenaient du pus que le malade faisait sortir en les comprimant.

La main droite a été prise ensuite et en particulier le médius y a été profondément intéressé.

D'autres localisations se sont faites depuis lors à la joue droite et à la verge.

Actuellement, le malade présente les altérations suivantes :

Au *poignet gauche*, on voit une surface rougeâtre, large comme une pièce d'un franc, légèrement surélevée, finement desquamée. La pression en fait sourdre du pus.

A la *main gauche*, les dernières phalanges des trois derniers doigts sont augmentées de volume, d'un rouge violacé ; on y remarque des cicatrices et des tubercules recouverts de croûtelles.

On observe aussi des tubercules chancreux sur le dos de l'index et du médius.

A la *main droite*, on remarque quelques tubercules semblables sur le pouce, l'extrémité de l'index et l'annulaire.

Le médius présente une forme en fuseau due à l'hypertrophie énorme des deux premières phalanges. L'os semble peu atteint, mais la gaine palmaire distendue fait une forte saillie. Sur son trajet on remarque deux ulcérations gangreneuses très proéminentes.

Au *coude droit*, se trouve un placard tuberculeux large comme une pièce de deux francs.

A la *face*, une tuméfaction rénitente fait saillie au-devant de l'oreille droite : la ponction en fait sortir un liquide jaunâtre et mal lié.

A la *fesse et la cuisse droites*, existent deux nodules sous-cutanés durs et adhérents à la peau.

Au *pied gauche*, on note une lésion peu étendue sur le dos du deuxième orteil.

Au *pied droit*, les orteils sont tuméfiés ; une ulcération à bords décollés entame le dos du troisième orteil.

A la *verge*, il existe sur le côté gauche une saillie fluctuante, du volume d'une noix ; elle semble adhérer aux parties sous-jacentes ; elle est mobile sur la peau ; elle présente, dans sa partie profonde, des saillies indurées qui donnent au toucher la même sensation que les grains riziformes des synovites tendineuses.

La ponction en extrait un pus jaunâtre, où l'on ne trouve pas de bacilles de Koch.

La tuberculose de ce malade est surtout intéressante par le caractère suppuratif de toutes ses manifestations ; les placards végétants des membres contiennent du pus et les collections du visage

ainsi que celle du fourreau constituent des abcès ; *cette dernière est remarquable par la présence de ces nodules indurés qui donnent au toucher la sensation de grains riziformes ; ils n'avaient été, à notre connaissance, signalés jusqu'ici que dans les synovites tendineuses de nature tuberculeuse.* Dans les faits analogues que l'un de nous a étudiés en 1888, avec M. Wickham, et en 1891, il a constaté l'absence de bacilles de Koch ainsi que de tout microbe pyogène et il a été conduit ainsi à admettre qu'il s'agissait là de *poussées toxiques.*

L'examen du pus recueilli chez notre malade a donné également des résultats purement négatifs au point de vue des bacilles de Koch ; une inoculation a été pratiquée à un cobaye ; nous en ferons connaître ultérieurement les résultats.

Pour ce qui est des microbes pyogènes, nous avons trouvé quelques rares cocci ; il est bien douteux que leur activité pathogénique ait été suffisante pour donner lieu à ces vastes collections purulentes, et nous tendons à penser qu'ici encore il s'agit surtout de suppurations dues à des toxines émancipées.

S'il en est ainsi, *on doit distinguer chez ce malade deux ordres distincts de manifestations : les unes, bacillaires, sont dues à des auto-inoculations ; il en est ainsi des altérations des extrémités et de l'énorme spina ventosa ; les autres, exemptes de bacilles, sont liées vraisemblablement à des migrations purement toxiniennes ;* tels paraissent être les abcès du visage ainsi que la collection purulente à grains riziformes de la verge ; les résultats de l'inoculation permettront de savoir ultérieurement si cette interprétation est exacte.

Sur un cas de proliférations locales prédominantes chez un malade atteint de syphilides secondaires généralisées.

Par MM. HALLOPEAU et ROY.

Si nous présentons ce malade, c'est en raison, d'une part, de l'intérêt pittoresque qu'offre sa surface cutanée recouverte, dans la plus grande partie de son étendue, de placards serpigineux d'une teinte le plus souvent livide et, d'autre part, de l'anomalie que présentent ses manifestations cutanées au point de vue de leur pathogénie.

Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le nommé Louis B... a eu son chancre en mai 1905.

En juillet, ont apparu, sur le tronc, sur le visage et les membres, des taches qui atteignaient les dimensions de pièces de 0 fr. 50 et au delà. Bientôt ces taches se sont accompagnées d'élévures, en même temps que leur coloration devenait plus foncée. Ces saillies se sont étendues excentri-

quement et ont, pour la plupart, proliféré en même temps qu'elles pâlisssaient dans leur partie centrale. Elles finissent par former les larges placards que l'on constate aujourd'hui. Le malade a été traité en juillet par des pilules, dont le contenu est inconnu, jusqu'à 40 par jour. Parti à la campagne, il y a pris du sirop de Gibert et fait une cure de frictions. La figure était guérie quand le malade est rentré à Paris en décembre. Peu de temps après, survient une reprise de l'éruption qui oblige le malade à revoir son médecin. Il prend de l'iodure de K. pendant cinq jours.

L'éruption est aujourd'hui remarquablement abondante; elle recouvre la plus grande partie de la surface cutanée. Elle est constituée par des saillies papulo-tuberculeuses, les unes isolées, la plupart agminées en groupes à contours serpigineux. Dans ces groupes, la partie centrale est plus ou moins décolorée, avec aspect cicatriciel. Les tubercules forment à la périphérie des élevures continues ou discontinues à contours polycycliques. Il y a donc à la fois des lésions en activité et en progression, et des lésions en rétrogression, avec production de cicatrices.

Au visage, tout le front, le pourtour des orbites, les joues, le lobule du nez le menton, les parties latérales du cou sont intéressés. Les placards sont très nombreux au tronc et sur les membres, si bien que les parties malades y occupent une surface au moins aussi étendue que les parties saines. Il en est de même des parties postérieures du tronc. Au contraire, sur le ventre, l'éruption est beaucoup moins abondante, et constituée par des macules, du diamètre de 1 demi-centimètre à un centimètre, déprimées et cicatricielles dans leur partie centrale, quelques-unes sont disposées en groupes avec des tubercules saillants.

L'éruption est également très abondante sur les membres inférieurs.

Les pieds seuls restent indemnes.

Les ulcérations sont recouvertes de croûtes verdâtres.

Il y a des ulcérations sur le voile du palais.

L'induration initiale du pénis persiste partiellement.

Par leur abondance, par leurs grandes dimensions, par leur coloration livide, les placards éruptifs que nous venons de décrire donnent lieu à un ensemble d'aspect saisissant.

Si l'on compare les divers éléments qui persistent chez ce malade, on voit qu'il en est de deux ordres : les uns sont de simples macules, grandes comme des pièces de 20 ou de 50 centimes, parfois un peu déprimées et d'aspect cicatriciel dans leur partie centrale; elles représentent évidemment les traces de larges papules restées isolées; les autres éléments, beaucoup plus nombreux, sont au contraire groupés en larges placards au niveau desquels les lésions récentes sont des saillies tuberculeuses, souvent ulcérées, qui en marquent la zone d'accroissement. Or, nous ne sommes qu'au neuvième mois de la maladie; n'est-il pas exceptionnel de voir les proliférations locales prendre cette importance dans des syphilides relativement aussi jeunes? D'ailleurs, par leur dissémination sur toute la surface du corps, ces manifestations appartiennent à la période

secondaire de la maladie. Sans doute, les proliférations locales jouent un rôle dans le développement des syphilides secondaires, mais il reste généralement, sauf en ce qui concerne les régions péri-génitales, sur le second plan.

Il s'agit, en somme, des syphilides secondaires qui, par leur mode de groupement et de prolifération, revêtent le caractère essentiel des accidents tertiaires.

Nous avons cherché à quelle cause on pouvait rattacher ce caractère malin précoce des manifestations : nous n'avons pu la déterminer ; le malade se portait bien antérieurement et il assure qu'il n'a jamais abusé des boissons alcooliques ; on ne remarque d'ailleurs chez lui aucun signe d'éthylisme ; il est très probable qu'une activité anormale des spirochètes qui l'ont envahi doit être incriminée ; il faudra attendre une nouvelle poussée pour faire des recherches dans cette direction.

Sur une dermatite exfoliative généralisée provoquée par un pansement local avec la solution d'acide picrique.

Par MM. HALLOPEAU et HERCK.

Nous avons eu maintes fois déjà l'occasion, notamment lors de l'incendie du bazar de la Charité, d'observer les effets nocifs de ce pansement, et particulièrement les irritations intenses et persistantes que l'on observe consécutivement à son emploi ; en voici un nouvel exemple :

Le 23 janvier 1906, le nommé Gal... reçoit sur le dos de la main droite un jet de vapeur qui y détermine une brûlure superficielle ; il se rend de suite chez un pharmacien qui lui délivre une solution picrique ; il applique sur la partie malade une couche d'ouate imprégnée de ce liquide et la maintient à l'aide de bandes de toile ; ce pansement est renouvelé le lendemain matin ; il provoque une sensation de cuisson ; la main et l'avant-bras sont enflés ; le malade supprime alors l'application picrique et la remplace par un linge sec. Le soir, la figure, le derrière du cou, la main gauche, en un mot, toutes les parties découvertes sont rouges, boursoufflées et douloureuses. Le malade continue néanmoins à travailler jusqu'au 30 janvier. A cette date, la cuisson devient générale ; elle est tellement pénible qu'elle provoque un état syncopal ; la peau rougit et se tuméfie ; des engorgements ganglionnaires surviennent au cou, aux aisselles, dans les aines ; vers le 5 février, il se produit une desquamation à larges lamelles, il y a du suintement. On applique une pommade à l'oxyde de zinc.

Le 13 février, nous constatons que tout le corps est le siège d'une coloration érythémateuse, avec gonflement et exfoliation lamelleuse en larges lambeaux et sensation très pénible de cuisson. La main gauche continue à

être imprégnée de la solution picrique. Nous prescrivons des bains locaux dans une solution alcaline et l'enveloppement de toute la surface cutanée avec de la tarlatane imprégnée de liniment oléo-calcaire boriqué. Le 20 février, la guérison est presque complète.

C'est en toute évidence le pansement picrique qui a provoqué chez ce malade ces pénibles accidents. Les altérations ont envahi d'abord les parties découvertes, puis, à la sortie d'un bain, toute la partie du corps.

La persistance et l'aggravation tardive des altérations s'expliquent par le maintien, dans l'épiderme de la main brûlée, de la solution toxique.

On ne peut incriminer ici un pansement fautif par occlusion ; la partie malade n'était recouverte que par des bandes de toile.

C'est donc bien l'application picrique par elle-même faite dans les conditions où elle est trop usitée qui a été la cause des accidents.

Pour nous, nous avons renoncé depuis longtemps à ce mode de traitement qui n'a aucun avantage sur les autres topiques, qui provoque constamment des accidents d'irritation locale et qui peut, notre malade nous en fournit le témoignage, devenir le point de départ d'une dermite généralisée des plus graves.

Gommes de la langue traitées par le levurargyre.

Par MM. JULLIEN et STASSANO.

Le moulage que nous avons l'honneur de présenter à la Société, et qui est dû à M. Jumelin, représente une gomme ulcérée de la langue.

Voici l'observation telle qu'elle a été prise par le Dr Belgodère, interne du service.

La femme G... entra une première fois à l'Infirmierie de St-Lazare, le 3 octobre 1897, à l'âge de 20 ans et demi, avec une syphilis caractérisée par une roséole qui était alors de seconde poussée (éléments agminées, groupés surtout aux hanches et aux lombes, avec gros groupes violacés). Cinq injections de calomel lui furent données ; elle quitta l'hôpital bien guérie, le 22 février 1898.

Elle fit encore un séjour deux mois plus tard, pour une urétrite, de courte durée ; enfin, le 23 mars 1900, nouvelle entrée pour des chancres mous accompagnés de bubons, qui la retinrent jusqu'au 21 mai.

Nous ne devons la revoir que beaucoup plus tard, à l'âge de 28 ans, le 21 octobre 1905, atteinte alors des accidents dont il va être question.

La peau présente à cette date, au niveau des lombes, de très nombreuses cicatrices datant de la première éruption syphilitique. Il est visible par là que l'exanthème a fortement entamé l'épaisseur du tissu dermique qui porte l'empreinte et comme le dessin de chaque élément papuleux.

Rien à l'anus et aux parties génitales.

A la lèvre inférieure, on voit des cicatrices irrégulières, provenant de gommages soignées il y a deux mois et actuellement guéries. Mais presque en même temps, s'étaient montrés des accidents du côté de la langue.

Ils siègent sur la moitié droite, à peu près tout entière malade, alors que la moitié gauche est parfaitement saine ; les deux tiers antérieurs de l'organe sont gonflés de ce côté, présentant une épaisseur de 4 à 5 centimètres ; leur couleur est d'un rouge ardent, violacé sur certains points, depuis qu'on les a débarrassés d'un enduit blanchâtre, épais, qui les revêtait.

Deux perforations existent, approximativement de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 20, mais irrégulières et découpées, aboutissant à une ulcération cratériforme qui laisse voir un fond jaunâtre, chair de morue, bourbillonneux. Ces perforations sont situées, l'une à la limite supérieure et interne de la lésion, près du raphé, l'autre non loin du bord externe. Ces deux cratères laissent sourdre une suppuration constante. Le bord de la langue est irrégularisé par une protrusion du tissu infiltré formant comme une sorte d'excroissance sur ce bord. Les mouvements sont fort gênés : grande difficulté pour avaler et presque impossibilité de parler. Pas de ganglions. Rate normale. Aucun trouble du côté des réflexes. Poids, 48 kg. 500. Nous avons traité cette malade par le levurargyre ou nucléo-protéide mercurielle. Vu la gravité du cas, le traitement fut, au début, exceptionnellement intense.

Le 25 octobre, injection massive de 100 cent. cubes de la solution de levurargyre à 1 p. 100. Le liquide fut injecté dans la cuisse, suivant la technique usitée pour les injections de sérum, et bien toléré.

Deux nouvelles injections de quantité égale furent répétées le 27 et le 30 octobre.

L'amélioration fut très prompte : le 4 novembre, nous notions une guérison presque complète et dès lors furent diminuées les doses pour un traitement que nous devions prolonger encore afin de le rendre suffisant. Du 2 au 20 novembre, la malade reçut neuf doses de 20 cent. cubes de ce produit ; on continua encore jusqu'au 3 décembre en injectant seulement 10 cent. cubes 3 fois par semaine, ce qui est la quantité que nous employons habituellement.

On peut calculer la dose de métal administré en se basant sur ce fait que 100 grammes de la solution contiennent environ 0,015 milligrammes de mercure.

Quand, le 3 décembre, la malade nous quitta, la langue était depuis longtemps déjà revenue presque complètement à l'état normal, sauf la persistance d'une légère induration au niveau de l'ulcère gommeux. Comme apparence, comme mobilité, comme coloration, elle ne différait en rien d'une langue saine.

Ce résultat peut être considéré comme très satisfaisant, car, en somme, par les trois premières injections qui amenèrent en 8 jours la guérison presque complète de la langue, malgré le volume considérable de ces injections, la malade ne reçut que de 5 à 6 centigrammes de mercure métallique.

Cependant une observation que l'un de nous (1) a suivie dans le service du Dr Babinsky à la Pitié, nous apprend que, lorsqu'il s'agit du produit qui nous occupe, cette quantité de mercure métal, bien que déjà assez faible, est de beaucoup supérieure à la dose dont on a besoin pour guérir aussi rapidement des lésions aussi graves, sinon davantage.

Cette observation est particulièrement intéressante parce que c'est sur la même personne que l'on a vu, à deux reprises différentes, les doses massives d'abord, les doses faibles ensuite, exercer la même action salulaire aussi promptement dans le second cas, le cas des doses faibles, quoique dans cette série d'injections l'on ait eu à combattre des lésions plus étendues et un état général plus grave que dans la première série d'injections massives.

Il s'agit d'une femme de 26 ans, dont les antécédents syphilitiques ne sont pas connus; elle est mariée depuis six ans; a eu une fausse couche; son mari est soigné à Saint-Louis.

Elle entre une première fois, en juin dernier, à la Pitié, dans le service du Dr Renon, pour des ulcérations du voile du palais. Ces lésions évoluent pendant et malgré le traitement mercuriel qu'on lui pratique, amenant la perte de la luette. Le traitement consista en 60 injections quotidiennes de benzoate de mercure, suivies, à la fin, de trois injections d'huile grise, à huit jours d'intervalle, en vue, semble-t-il, du faible résultat obtenu par les injections quotidiennes.

Enfin le 3 septembre, la malade, quelque peu améliorée, quitte l'hôpital, mais y revient un mois après, et entre cette fois dans le service du Dr Babinsky.

Les deux dessins en couleurs que nous joignons, dus à M. Thévenot, représentent fidèlement l'état des ulcérations du voile du palais et l'aspect des gomme de la langue que portait la malade au moment où elle fut soumise à la première série d'injections de levurargyre. Elle présentait alors une stomatite évidente, néanmoins elle fut mise au traitement.

I. — Gomme du voile du palais avec destruction complète de la partie moyenne du voile entre les deux piliers antérieurs. A la place du voile se voit maintenant une large échancrure en forme d'angle aigu ouvrant en arrière, le vertex répondant en avant au bord postérieur de la voûte palatine sur la ligne médiane. La luette n'existe plus, ayant été détruite avec le voile. Les bords de l'ulcération sont nets, taillés à pic, suppurants, recouverts d'un enduit jaunâtre.

II. — Gomme de la base de la langue: toute la moitié postérieure de la face dorsale de la langue est irrégulière, bosselée de néoformations gommeuses

(1) Qu'il me soit permis d'exprimer ici ma reconnaissance à M. Babinsky pour l'hospitalité bienveillante qu'il m'a donnée dans son service et pour m'avoir autorisé à communiquer l'observation dont il s'agit: Henri Stassano.

multiples. Il existe une ulcération centrale importante, arrondie, régulière, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Bords taillés à pic, fond rouge, tout autour petites ulcérations grandes comme des lentilles.

Elle reçoit le 27 octobre 70 cent. cubes de levurargyre; le 28, 100; le 31, 100; le 3 novembre, 50; le 7, 100; le 16, 50.

Dès les deux premières injections son état général, très déprimé, se relève, elle recommence à s'alimenter, et les accidents gommeux entrent en franche voie d'amélioration. La guérison est presque complète au bout d'un mois, lorsqu'elle quitte le service, de sa propre initiative, en s'engageant toutefois à y revenir une fois par semaine pour les injections dont elle a encore grand besoin; la malade ne revient qu'une seule fois.

Comme il était à prévoir, cette guérison si rapidement acquise et non consolidée par un traitement prolongé, ne se maintint pas : les accidents récidivèrent.

C'est ainsi, dans un état d'extrême faiblesse et de grande aggravation, que la malade fut reçue de nouveau dans le service du Dr Babinsky, le 9 janvier de cette année : grande difficulté de la phonation, sons nasonnés et sourds, impossibilité de l'alimentation, la base de la langue, augmentée de volume et inhabile, obstrue l'entrée du pharynx aux aliments solides. Les liquides, d'autre part, refluent par les fosses nasales. Enfin on note une surdité très accusée à droite.

A l'examen du voile, on remarque l'existence de chaque côté de l'échancre déjà décrite, de deux gomme, du volume, l'inférieure d'une fève, la supérieure, d'un pois; elles apparaissent ulcérées, jaunâtres à bords surélevés. Réunissant les deux lèvres qui limitent la fente, l'on aperçoit un petit pont muqueux en arrière du palais osseux, encore intact.

Quant à la langue, de la base à la pointe s'étend une ulcération, très creuse et largement étendue en arrière, avec des anfractuosités des tissus muqueux et musculaires. Près de la pointe, cette ulcération se resserre et devient moins profonde et ses bords plus nettement découpés comme par un bistouri.

Une infiltration de la cornée droite accompagne ces lésions.

L'état général cachectique fait encore mieux ressortir la gravité du cas.

La malade est remise au traitement levurargyrique, mais, cette seconde fois, par des injections relativement peu massives, de 20 centimètres cubes chacune, trois fois par semaine.

Le 12 janvier, elle reçoit la première injection, et déjà le 14 elle peut déglutir et s'alimenter. La grande prostration disparaît, la malade quitte le lit et le 18 elle peut se rendre chez le mouleur pour la reproduction de ses accidents du palais et de la langue. Ce sont ces accidents déjà en voie d'amélioration que représentent les moulages soumis à l'examen de la Société.

L'amélioration se poursuit très rapidement : à partir du 23 les liquides ne refluent plus. Cependant l'infiltration de la cornée semble échapper au début à l'action bienfaisante du traitement; au lieu de s'amender dès les premières injections comme les accidents du palais et de la langue, elle semble échapper

à l'action bienfaisante du traitement, elle s'accroît pendant quelques jours au point de rendre impossible la vision et de revêtir presque tous les caractères de la kératite interstitielle. Mais un peu plus tard, huit jours après, cette lésion ressent à son tour l'effet du traitement, la vascularisation disparaît, la vue redevient presque normale ; le mal ne s'étend pas à l'autre œil.

Le 2 février, soit 22 jours après le début du traitement, la malade est examinée par M. Babinsky : voici ce qu'on constate, d'après l'observation prise par M. Lemoine, interne du service

Au niveau du palais, de petites cicatrices blanchâtres, lisses, à forme étoilée, remplacent les cavités des gommages ulcérées.

Sur la langue il n'existe plus qu'une dépression vers le tiers postérieur ; quant aux deux tiers antérieurs, c'est à peine si l'on y aperçoit une ligne cicatricielle blanchâtre.

L'infiltration de la cornée est en complète décroissance, elle s'arrête au limbe entre 9 heures et midi, suivant le langage des oculistes.

Cette amélioration déjà notable s'accroît les jours suivants, et c'est ainsi presque entièrement guérie que la malade est montrée le 10 janvier aux D^{rs} Brocq, Gaucher, Jullien et Morax. Malheureusement, trop confiante dans cette guérison si prompte, elle quitte le service le lendemain.

Ce qui se dégage, ce nous semble, de cette dernière et double observation, qui corrobore notre première étude, c'est que les injections de 20 centimètres cubes de levurargyre, répétées tous les deux jours, sont suffisantes pour enrayer une syphilis même grave.

Pour que de pareilles doses de nucléo-protéine mercurielle, renfermant à peine 3 milligrammes de mercure, agissent aussi efficacement, il faut que le métal ait acquis dans la combinaison nucléinique un pouvoir qu'il est bien loin d'atteindre dans ses combinaisons organiques et salines ordinaires. L'action thérapeutique de ces dernières, en effet, même les plus actives, ne devient appréciable que lorsqu'elles contiennent cinq à dix fois autant de mercure.

M. BARTHÉLEMY. — Ce n'est qu'après lecture de l'observation qu'il sera possible d'être fixé sur sa valeur ; mais il me semble, après simple audition de l'exposé rapide et forcément incomplet que nous venons d'entendre, que le fait n'est pas concluant. Pour vraiment emporter la conviction, il faudrait apporter plusieurs cas et non un seul ; ensuite et surtout il faut que les malades n'aient pas commencé par être traités d'abord par d'autres procédés. Il y a des syphilides qui se montrent d'abord réfractaires, qui guérissent ensuite facilement. Jadis Ricord envoyait à la campagne changer d'air les réfractaires ; ceux-ci, revenus au bout d'un mois ou deux, guérissaient par les mêmes moyens et par les mêmes doses de mercure qui d'abord avaient semblé échouer. Dans le cas actuel, je puis croire que la guérison est due, moins aux petites doses de Hg. employées au moment de la guérison, qu'au mercure préalablement emmagasiné, puis utilisé par l'organisme. L'élimi-

nation de tout le mercure introduit par les injections d'huile grise, par exemple, ne se fait pas aussi vite que semble le dire M. Stassano; ce remède peut donc agir assez longtemps encore après avoir été absorbé. Bref, il y a lieu, à mon avis, de faire ici quelques réserves et d'attendre de nouveaux cas, plus nombreux et plus concluants.

M. BALZER. — Je demande à M. Stassano comment il explique l'action remarquable du mercure dans ces cas.

M. STASSANO. — Les détails contenus dans la note que je viens de déposer me semblent répondre aux remarques de M. Barthélemy. Quand à la question que M. Balzer a bien voulu me poser, je ne saurais y répondre dans le temps dont je dispose en cette fin de séance.

M. BALZER. — J'ai été parfois surpris de voir des lésions syphilitiques très tenaces céder à de faibles doses de mercure, lorsqu'on changeait de préparation. J'ai observé une malade atteinte d'une roséole tenace, ayant résisté depuis trois mois environ à un traitement par les pilules mercurielles; c'était à l'époque où Smirnof venait de recommander le traitement par les injections; je me décidai à essayer timidement une injection de 2 centigrammes et demi de calomel, cette faible dose suffit à faire disparaître la roséole.

Je crois que certaines préparations mercurielles agissent à un moment donné mieux que d'autres sur les leucocytes; on comprend ainsi l'action rapide des levures mercurielles sur certaines lésions syphilitiques rebelles.

M. STASSANO. — Pour terminer, qu'il me soit permis d'ajouter que les deux observations de gommes que je viens de rapporter ne sont pas les seules dont nous disposons et quant à l'action générale du levurargyre, nous l'avons déduite de plusieurs centaines de cas observés avec soin.

**Sur une observation de nævi symétriques de la face,
publiée par Rayer.**

Par M. CH. AUDRY.

On a beaucoup écrit, pendant ces dernières années, sur les soi-disant adénomes sébacés symétriques de la face. Je ne sais pas si l'on a rappelé qu'il en existe un exemple typique et complet dans le traité de Rayer.

On en trouvera la représentation dans son atlas, planche XX, figure 1. L'observation est publiée à la page 657 du tome II. Le tout ne laisse aucun doute sur ce diagnostic. Rayer avait appelé ce cas : « élévures et végétations vasculaires de la face », et il l'étudiait parmi les nævi vasculaires. C'est un exemple certain du type dit de Pringle.

Il en donne une autre observation, page 659; mais elle est écourtée.

Rayer avait parfaitement compris l'importance de ces cas, et il

les avait, en somme, très bien définis. Il sera juste, à l'avenir, de lui rendre justice à ce sujet, comme on a dû le faire à propos du xanthélasma palpébral.

L'Assemblée générale de la Société, qui, aux termes du règlement, doit avoir lieu le lundi de Quasimodo, se réunira le jeudi 3 avril 1906.

Le secrétaire :

L. BRODIER.

SÉANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 15 MARS 1906

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Indications et technique de la radiothérapie dans les épithéliomas cutané-muqueux, par M. GASTOU. — Radiothérapie et épithélioma, par M. DANLOS. — Indications et contre-indications de la radiothérapie dans le traitement de l'épithéliome cutané, par M. LEREDDE. (Discussion : MM. DANLOS, SABOURAUD, GASTOU). — Les rayons X dans le traitement des épithéliomas cutanés, par M. BISSERIÉ. — A propos des indications de la radiothérapie dans le traitement de l'épithélioma cutané, par M. BELOT. — Considérations générales sur la radiothérapie des épithéliomas cutanés, par M. BÉCLÈRE. — A propos des généralisations provoquées par la radiothérapie, par M. OUDIN. (Discussion : M. BÉCLÈRE.) — Conditions qui influent sur l'efficacité de la radiothérapie dans les cancers de la peau, par M. DARIER. — Note sur l'histologie des tissus néoplasiques traités par les rayons X, par M. PAUTRIER. — Statistique radiothérapique, par MM. BALZER et FLEIG.

Indications et technique de la radiothérapie dans les épithéliomas cutané-muqueux.

Par M. GASTOU.

Dans une communication précédente, faite en collaboration avec le D^r Decrossas, nous avons montré deux cas d'épithélioma, pour lesquels la radiothérapie avait été une cause d'aggravation, et nous avons, à ce sujet, demandé à la Société de vouloir bien inscrire à son ordre du jour les questions suivantes :

1° *Tous les épithéliomas cutané-muqueux doivent-ils être traités par les rayons X ?*

2° *Parmi les épithéliomas, quels sont ceux qu'il faut traiter ainsi ?*

3° *Comment doivent-ils être traités ?*

La première question doit être résolue par la négative, car tous les épithéliomas ne guérissent pas par les rayons X.

Il en est qui guérissent et récidivent sur place.

D'autres disparaissent et récidivent dans les ganglions.

Il en est quelques-uns qui, soignés, s'aggravent.

Enfin, certains donnent, dès le début ou pendant le cours du traitement, des poussées ganglionnaires néoplasiques.

Ces différentes éventualités tiennent à des conditions multiples, relatives au siège, à la forme, à la nature de l'épithélioma; à l'âge, à l'état local ou général du malade; aux rayons eux-mêmes en tant que nature et qualité; enfin et surtout à la technique d'application: les doses exagérées, trop faibles ou trop prolongées, déterminant des accidents.

L'étude de toutes ces éventualités permet de voir quels épithéliomas bénéficient des rayons X et comment il faut agir sur eux avec ces derniers.

Relativement au siège, les épithéliomas de la peau des membres et de la face guérissent dans la grande majorité des cas, sauf peut-être ceux situés près des orifices du visage au voisinage des muqueuses (bouche, nez, conjonctive, oreilles, canal lacrymal).

Sur les muqueuses dermo-papillaires, il n'en est pas de même. Si à la lèvre supérieure les épithéliomas guérissent facilement, sur la lèvre inférieure, sur les muqueuses de la vulve ou du gland, les rayons X aggravent souvent les lésions épithéliomateuses et en facilitent l'extension.

Voici d'ailleurs des statistiques d'ensemble, montrant la fréquence de guérisons, de récurrence ou d'aggravation des épithéliomas cutanéomuqueux.

Statistique MANCÉL PENARD (Thèse, 1905), faite sous l'inspiration du Dr Darier :

208 cas.....	146 guéris définitivement.
	53 améliorations.
	9 aggravations.
Soit : 67,5 p. 100	guéris.
26,7 —	améliorés.
8,5 —	aggravés.

Statistique BISSERIE et MEZERETTE (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1905) :

186 cas.....	142 guérisons.
	41 améliorations.
	3 insuccès.

Soit 76 p. 100 de guérisons.

Ces épithéliomas se répartissent ainsi :

Lèvre supérieure.....	11	8 guéris, 3 insuccès.
Lèvre inférieure.....	13	6 guéris, 5 insuccès, 2 en traitement.
Langue.....	17	3 guéris, 2 améliorés, 1 récurrence, 11 insuccès.

Statistique du service de M. le professeur Gaucher, 1903-1906
(GASTOU et DECROSSAS):

57 cas 27 guérisons.
4 résultats partiels.
9 aggravations.
13 malades non revus.

Soit 47 p. 100 de guérisons définitives. Dans cette dernière statistique n'ont été comptés que les malades suivis régulièrement et guéris depuis 1 an et demi jusqu'à 3 ans.

Voici le détail de cette statistique :

Les 57 cas d'épithélioma se répartissent ainsi :

31 de la face (dont 13 du nez, 2 du front, 1 de la paupière, 6 de la tempe, 1 de l'oreille, 6 de la joue, 2 du menton); 5 du sein, 3 de la main, 2 de la cuisse. Pour les muqueuses dermo-papillaires : 2 de la lèvre supérieure, 3 de la lèvre inférieure, 2 de la commissure, 3 de la langue (dont 3 leucoplasies et 2 ulcères végétants); 2 leucoplasies vulvaires, 2 épithéliomas de la verge (dont 1 leucoplasique, l'autre en choufleur).

D'une façon générale on peut dire que les épithéliomas de la face ont guéri quelque soit leur siège; il n'en n'est pas de même des cancers de la lèvre inférieure, de la langue et du gland, qui se sont presque toujours aggravés. Enfin dans 2 cas la radiothérapie a donné soit dès la première séance une poussée ganglionnaire, soit après guérison une récurrence dans les ganglions. Nous notons 4 récidives dans les cas traités.

Presque la moitié des malades guéris ont présenté de la radiodermite légère. Les cas aggravés ont été dès le début intolérants aux rayons X.

Les séances ont été faites, pour la plupart de ces malades, très rapprochées. Étincelle équivalente de 4 à 7 centimètres en moyenne, de 15 à 20 centimètres de distance de l'anticathode. Les séances ont été en général de 5 H au début, et de 2 et demi à 3 H ensuite; elles ont duré de 10 à 45 minutes suivant les cas. La source employée était le courant de 110 volts, avec bobine de 30 centimètres, interrupteur Contremoulins-Gaiffe.

La forme de l'épithélioma, suivant qu'il n'est pas ulcéré, végétant, cupuliforme, en tumeur ou non, doit être prise en considération, de même que le volume et la profondeur des lésions.

Il est des épithéliomas non ulcérés à forme de verrue kératosique sénile, de cancroïde, qui guérissent très rapidement en quelques séances, mais récidivent ultérieurement soit *in situ*, soit dans les ganglions.

Les épithéliomas ulcérés guérissent en général moins rapidement, la durée de leur traitement dépend de leur volume et de leur pro-

fondeur, mais leur guérison semble d'autant plus sûre qu'ils sont plus superficiels et plus végétants à l'extérieur que destructifs en profondeur. En dehors de la forme, la question de la nature de la lésion, des infections locales associées ou du terrain sur lequel se développe l'épithéliomas a une grande importance pour l'indication du traitement et le pronostic de la guérison.

On peut diviser, comme l'a fait M. Darier, les épithéliomas en spino-cellulaires et baso-cellulaires, les premiers ayant, en ce qui concerne les rayons X, un pronostic de curabilité moins bon que les seconds.

J'ai biopsié 38 malades traités par la radiothérapie dans le service du Dr Danlos. Je diviserai ainsi les néoplasies traitées, d'après les résultats de l'examen histologique et leur rapport avec le pronostic de leur curabilité par les rayons :

1° *Épithéliomas pavimenteux* (correspondant aux spino-cellulaires de Darier), dans lesquels la néoplasie est constituée par des amas ou traînées de cellules du type épidermique pavimenteux kératinisé, prenant la forme papillomateuse et envoyant des bourgeons intra-dermiques plus ou moins profonds. Ces épithéliomas qui cliniquement vont de la verrue sénile au cancroïde, en passant par la forme papillomateuse, peuvent guérir vite, mais récidivent facilement à cause de la présence de cellules néoplasiques qui, profondément situées, ne sont pas entièrement détruites par les rayons.

2° *Épithéliomas cylindriques*, formés par des cellules cylindriques analogues aux cellules de la couche basale de l'épiderme ou aux cellules de revêtement des muqueuses. Ce sont les épithéliomas baso-cellulaires, de Darier : Les cellules forment des amas, des trabécules. Ils constituent cliniquement les épithéliomas ulcérés ou volumineux du type de l'ulcus rodens. Ils guérissent plus lentement, mais ils donnent moins de récidives locales ou de poussées néoplasiques ganglionnaires régionales. Cependant c'est dans le cours ou après le traitement de ces épithéliomas que l'on a mentionné les généralisateurs ganglionnaires et viscérales ou les phénomènes d'intoxication sur lesquels M. Oudin a attiré l'attention.

Parmi les autres variétés histologiques de néoplasies traitées par les rayons X, soit chez M. Danlos, soit à la clinique de la Faculté, je mentionnerai :

3° *Les sarcomes épithélioïdes*, sortes de néoplasies du type épithéliomateux cylindrique ayant le groupement cellulaire et l'apparence générale des sarcomes. Cette variété donne des tumeurs qui sur la peau guérissent rapidement par la radiothérapie par une série de transformations successives d'abord en tissu embryonnaire, puis en tissu conjonctif cicatriciel. Sur les muqueuses ou dans les régions de la face voisines des orifices, ces tumeurs ont une évolution extrêmement rapide que les rayons X ne font souvent qu'accélérer.

Ces tumeurs se montrent chez des sujets relativement jeunes et donnent quelquefois l'apparence de l'actinomyose, de la syphilis ou de la tuberculose.

Elles s'accompagnent d'adénopathies très marquées.

4° *Sarcomes* avec leurs différentes variétés télangiectasiques ou mélaniques. Les sarcomes suivant leurs variétés nous ont paru se modifier par les rayons X, mais étaient trop étendus, dans les cas que nous avons traités, pour émettre à leur sujet une opinion suffisamment justifiée.

Dans la radiothérapie il faut tenir compte également des conditions d'aggravation propres aux lésions infectieuses, aux suppurations, aux lymphangites qui accompagnent la néoplasie à traiter.

L'insuccès de la radiothérapie peut être également sous la dépendance de l'âge trop avancé du malade, de la cachexie, d'une infection ou intoxication générale, de la syphilis ou de la tuberculose.

Mais de toutes les raisons qui font réussir ou échouer le traitement radiothérapique, les principales sont dues aux rayons X eux-mêmes et à leur mode d'application.

La nature des différents rayons X est peut-être, suivant la source qui les produit, variable dans son action. Ce point spécial n'est pas encore complètement élucidé ; le voltage, l'ampérage, le nombre d'intermittences et la régularité du débit sont les conditions qui règlent avec le régime de l'ampoule la qualité des rayons X.

Cette qualité des rayons, c'est-à-dire leur degré différent de pénétration, a une importance sur laquelle j'ai attiré à plusieurs reprises l'attention de la Société. Elle constitue pour moi un facteur considérable dans le mode d'action et la quantité de rayons absorbés par la partie malade.

Il n'est pas indifférent de donner un médicament à doses massives ou à doses fractionnées.

Selon la quantité de rayons X absorbés par une tumeur, et la façon dont on donne cette quantité, les résultats sont variables.

La technique a donc dans l'application des rayons X une importance considérable. Or jusqu'à présent la quantité de rayons et la manière dont ils sont absorbés ne peut être connue que d'une façon relative. Les doses sont souvent trop faibles, trop fortes ou trop prolongées.

Jusqu'à présent voici les principales règles qui ont été données pour la radiothérapie. Suivant Bécère, il faut :

1° Faire absorber à chaque séance la quantité de rayons maxima compatible avec l'intégrité des téguments cutanés ou muqueux ;

2° Mettre entre les diverses séances l'intervalle de temps minimum compatible avec l'intégrité des téguments cutanés ou muqueux.

Pour Bisserié :

La guérison s'obtient plus vite lorsqu'elle a été déterminée par une forte dose donnée en une seule application, que lorsqu'elle est le résultat d'une série de doses faibles données en plusieurs applications successives.

De ces principes sont nées différentes méthodes, toutes empiriques; on peut les classer ainsi :

1° Méthode des doses massives intermittentes, qui consiste à donner en 2 séances ou 3 successives, une dose de 5,7 à 10 H, puis à s'arrêter 15 à 20 jours.

Une variante de cette méthode est celle des doses couplées : on fait 2 séances de 3 au plus avec 1 jour d'intervalle et l'on attend 15 à 20 jours pour reprendre une nouvelle série.

Dans la méthode des doses maxima, on recommence ainsi des séries successives jusqu'à guérison.

2° Méthode des doses maxima intermittentes. C'est la même façon de procéder, mais on ne donne que 5 H à la fois.

Une variante de ce procédé est le procédé des doses maxima successives en série.

On fait tous les 2 jours pendant 1 semaine une application de 3 H et on attend 1 mois avant de reprendre les séances.

3° Méthode des doses moyennes ou faibles répétées.

Les séances sont répétées tous les 3, 4 ou 8 jours suivant la tolérance de la peau, indiquée par les fourmillements, douleurs, par un léger érythème. Dès qu'apparaissent ces phénomènes on cesse pour reprendre après 3 semaines ou un mois d'arrêt.

La fréquence et l'intensité des séances varient dans toutes ces méthodes suivant que la peau est ulcérée ou non. La plupart des radiothérapeutes admettent que dans les cas ulcérés les doses peuvent être augmentées environ d'un tiers ou d'un cinquième à chaque séance.

En réalité, toutes ces méthodes donnent des succès et des revers. Il n'y a donc point de méthodes définies.

D'une façon générale, avant d'appliquer les rayons X il faut, comme dans toute application thérapeutique, tenir compte de l'âge, de l'état général ou local, de l'existence de néoplasies en d'autres points, de la présence d'adénopathies.

Pour ce qui est de l'état local, nous avons pratiqué, ce que beaucoup font comme nous, la désinfection préalable de la lésion à traiter et au besoin l'ablation et le raclage des parties saillantes ou végétantes.

L'examen préalable des sujets et le nettoyage de la lésion faits, voici quelle est la méthode radiothérapique que nous avons adoptée :

1° Séance d'essai : application de rayons X de degré radiochromométrique 5 à 6, de façon à faire absorber 5 H sur toute l'étendue de la néoplasie (distance de l'anticathode, 15 à 20 centimètres).

2° Arrêt de 15 jours à 3 semaines, suivant que la lésion est ulcérée ou non.

3° Reprise des séances tous les 8 jours, à doses moyennes, de façon à faire absorber 2 1/2 à 3 H à chaque séance.

4° Continuation des séances jusqu'à ce que la lésion ait absorbé le nombre de H qui est donné comme suffisant pour amener la guérison, d'après l'expérience de lésions semblables antérieurement traitées.

Le nombre de H est variable suivant le siège, la forme, la nature de la néoplasie. Il va de 20 à 100 et plus.

Au préalable il est toujours utile, avant l'application de la radiothérapie, de s'assurer de la nature de l'épithéliome. L'examen histologique montrera souvent des vaisseaux sanguins ou lymphatiques déjà envahis. Constatation des plus importantes au point de vue de la répercussion ganglionnaire.

Comme conclusion, je dirai qu'il ne me semble pas que dans l'état actuel de la radiothérapie, il existe de contre-indication nette à l'emploi de cette méthode en ce qui concerne les épithéliomas cutanés; que pour ce qui est des muqueuses, l'intervention chirurgicale paraît encore le moyen le plus sûr;

Que la technique est toute empirique; uniquement basée sur le nombre de cas traités et les résultats obtenus;

Et qu'en présence de faits analogues à ceux que j'ai mentionnés, c'est-à-dire une poussée ganglionnaire néoplasique régionale dès la première application, il y a lieu, avant d'utiliser un traitement radiothérapique, de faire, toutes précautions antiseptiques prises, une séance d'essai avec dose maxima. Des suites de cette séance, dépendront ou la continuation du traitement radiothérapique ou la nécessité de l'intervention chirurgicale.

Radiothérapie et épithélioma.

Par M. DANLOS.

J'ai traité depuis bientôt deux ans 130 cas environ de cancroïdes cutanés, et, dans le nombre, 90 au moins ont été soumis à la radiothérapie par les rayons X. Parmi ces cancroïdes les uns, du volume d'une lentille, auraient guéri par tous les procédés d'usage en pareil cas; d'autres, ayant rongé la face en presque totalité, étaient au-dessus d'une thérapeutique quelconque. Dans la moyenne il s'agissait de cancers, ulcérés ou non, ne dépassant pas les dimensions d'une pièce de deux ou de cinq francs. C'est à ces formes moyennes que s'appliquent les considérations que je développerai tout à

l'heure ; mais d'abord je dois insister sur la difficulté, l'impossibilité même, de répondre catégoriquement à la question telle qu'elle est posée : Indications et contre-indications du traitement des épithéliomas par les rayons X. Un exemple fera bien comprendre la raison de ma perplexité. Prenons un épithélioma de volume moyen, siégeant sur le front, sur la tempe ou sur la région malaire ; et supposons qu'il soit exempt de tout retentissement ganglionnaire. Règle générale, cet épithélioma doit guérir par les rayons X. Neuf fois sur dix peut-être il en est ainsi ; mais il y a malheureusement quelques exceptions. De temps en temps on tombe sur un cancroïde absolument identique en apparence à ceux qui sont justiciables des rayons X ; ni la clinique ni l'histologie ne révèlent la plus petite différence ; et cependant la radiothérapie, employée avec la technique qui guérit ordinairement, se montre absolument impuissante. C'est la contre-indication que j'appellerais volontiers *paradoxe*. Ce cas est exceptionnel, mais dans d'autres plus fréquents, l'évolution est différente sans être plus favorable. Le mal paraît d'abord céder aux rayons ; la cicatrisation commence, on croit marcher vers le succès, puis sans modification dans le traitement, sans radiodermite, sans modification histologique appréciable dans la structure des tissus (plusieurs biopsies de Gastou), la régression s'arrête, l'ulcération se creuse, s'agrandit et l'on n'obtient plus rien du traitement radiothérapique. Il s'est créé, par un mécanisme que j'ignore, une *contre-indication secondaire*. D'autres fois le mal guérit complètement, la guérison locale se maintient ; mais le cancer récidive dans les ganglions, s'aggrave rapidement et la radiothérapie est désormais impuissante. Dans ces trois cas, que la contre-indication ait été *paradoxe* comme dans le premier, *secondaire* comme dans le deuxième, ou *consécutive* comme dans le dernier, elle était réelle, et cependant rien ne permettait de la prévoir. C'est là ce qui me fait hésiter à formuler des règles. Il n'y a guère que des probabilités d'indications, et les cas d'exception ne sont pas rares. Moins souvent nous avons l'agréable surprise de voir céder aux rayons, des tumeurs qui semblaient devoir être rebelles.

Ces réserves faites sur l'impossibilité de poser des indications absolues, je crois qu'en faisant une part assez large au chapitre des exceptions, il est possible de formuler des règles pratiques qui seront généralement vérifiées. Les conditions qui me paraissent jouer le rôle principal dans la détermination de ces règles sont : la variété clinique et histologique du cancroïde, son évolution, son étendue, son degré de multiplicité, sa forme, son siège, l'état des ganglions, l'âge des malades.

Variété clinique. — Sans insister sur le côté histologique, pour lequel je n'ai aucune compétence et qui a été traité par M. Gastou à

l'aide des nombreuses biopsies qu'il a faites sur mes malades, je puis, *grosso modo*, diviser les cas observés en quatre groupes.

a. Épithélioma perlé superficiel et acné cancroïdale.

b. Épithélioma à induration profonde.

c. Sarcomes épithélioïdes.

d. Cancers cutanés de forme mélanique.

Le premier groupe comprend de beaucoup les cas les plus nombreux. J'ai rapproché, malgré leur différence de nature, les deux types morbides qu'il renferme, parce que les indications thérapeutiques sont les mêmes pour tous les deux.

Ici l'indication des rayons X est absolument positive, mais beaucoup d'autres moyens pourraient être employés avec le même succès. Ainsi pour les plus petits de ces cancroïdes, le radium me paraît le traitement de choix. Je n'ai guère traité moins d'une trentaine de cas par ce procédé, et toujours avec avantage; mais pour les épithéliomes plus étendus, le traitement par le radium serait beaucoup trop long et l'on arrive plus vite au résultat par l'emploi des rayons X. Les caustiques, et en particulier les pâtes arsenicales avec ou sans raclage préalable, réussissent également bien. Ils sont cependant inférieurs, sous le double rapport de la rapidité et de l'esthétique à l'extirpation. Pour les malades de ce groupe qui redoutent la douleur du caustique ou du bistouri, on peut hardiment affirmer que la radiothérapie est le traitement par excellence. Elle donne de belles cicatrices avec le minimum de dégâts et, sauf complication de radiodermite, ne détermine aucune douleur.

Dans les *épithéliomas à induration profonde* les indications sont moins précises. Nous avons vu plusieurs fois les rayons X donner de bons résultats, mais nous avons eu des échecs, des améliorations simplement partielles ou des récives promptes sur certains points qui semblaient guéris. Il est à craindre que dans ces cas, les rayons ne donnent parfois, comme le chlorate de potasse et le Czerny pour les cancroïdes perlés, qu'une cicatrisation de surface. Nous avons pu constater après des améliorations considérables, et cela *sans interruption de traitement*, une reprise de l'offensive du cancroïde; aussi quand l'opération chirurgicale complète est possible, nous paraît-elle donner plus de sécurité, sans aller jusqu'à dire que les rayons soient contre-indiqués, car dans les cas de ce genre la chirurgie elle-même enregistre souvent des revers.

Sarcomes épithélioïdes. — Je donne ce nom, d'après M. Gastou, à certaines tumeurs cutanées de nature épithéliale avec tendance à la production de cellules du type conjonctif. Je n'en ai observé que deux cas d'aspect clinique d'ailleurs très différent, ce qui me fait supposer que ce groupe n'est pas homogène. Ils ont guéri tous deux complètement par la radiothérapie. Je crois qu'ici l'indica-

tion des rayons X est formelle. Ils m'ont donné la guérison dans un cas où la chirurgie aurait très probablement été impuissante (1).

Ce résultat n'a d'ailleurs rien de surprenant. Ces cas sont à cheval sur le sarcome et l'épithélioma et l'on sait avec quelle facilité certains sarcomes cèdent à la radiothérapie.

Cancers cutanés mélaniques. — Ici nous devons être plus réservés. Nous ne pouvons toutefois dire qu'il y a contre-indication, car la chirurgie ne donne souvent en pareil cas que des succès; mais le résultat de la radiothérapie est très incertain. Au moins peut-on penser que les rayons bien maniés n'ont pas d'action fâcheuse. Dans un cas (2), où la chirurgie aurait pratiqué l'amputation d'un doigt, ils nous ont fourni une amélioration très encourageante; peut-être même la malade aurait-elle guéri, mais nous l'avons perdue de vue.

Le cancroïde qui siégeait sur le dos d'un doigt avait déjà diminué d'un tiers au moins après quelques séances. Des deux autres que nous avons observés, l'un est encore dans nos salles pour une récurrence après une grande amélioration suivie malheureusement d'une suspension de traitement.

Dans notre troisième cas, il s'agissait d'une femme ayant à la plante du pied un cancroïde mélanique étendu, déjà compliqué d'un ganglion dans l'aîne (3). Un traitement radiothérapique intense a été fait, nous avons obtenu la régression presque complète de la lésion plantaire; mais le ganglion a résisté à tous nos efforts et a continué de grossir malgré les rayons. Des masses ganglionnaires sont apparues dans la fosse iliaque et nous avons appris que la malade était morte de généralisation. Ces résultats ne sont pas brillants, mais le bistouri ne fait pas beaucoup mieux, de sorte qu'en pareil cas l'indication nous semble indécise.

L'évolution du cancroïde fournit peu d'indications. Elle est très habituellement assez lente pour permettre l'essai des rayons. Si après un nombre raisonnable de séances, il n'y avait pas de modification favorable, ou si la marche semblait s'accélérer, l'indication serait de suspendre et de s'adresser au chirurgien.

On peut dire de *l'étendue*, quand elle est petite, qu'elle est une indication pour toutes les méthodes, car c'est à ce moment que les cancroïdes sont le plus curables, et cela par tous les moyens. Ici c'est la question de nature histologique et de siège qui devra déterminer l'indication. En cas d'épithélioma perlé ou d'origine sébacée nul doute qu'il ne faille user des rayons. Si le cancroïde est épais, profondément induré et siège sur la lèvre inférieure, peut-être est-il plus sage de s'adresser de suite au chirurgien. Par contre, si l'éten-

(1) Moulages nos 2360 et 2423 du Musée.

(2) Moulage n° 2358.

(3) Moulage n° 2422.

due est telle que la chirurgie se montre impuissante, les rayons reprennent leurs droits. Malheureusement ce n'est alors le plus souvent qu'à titre palliatif, comme traitement moral et suggestif destiné à soutenir l'espérance du malade plutôt qu'à le guérir.

La considération du *siège* n'a pas une valeur absolue, mais combinée à d'autres éléments, elle peut donner des indications et contre-indications assez positives. Je considérerai sous ce rapport trois points principaux : l'angle interne de l'œil, le sillon naso-génien, et la lèvre inférieure.

A l'*angle interne de l'œil* tous les moyens sont bons quand la lésion est petite et bien limitée. Plus tard, quand elle est ulcéreuse et pénétrante, la chirurgie détermine des délabrements, l'opération est souvent suivie de récidives. Nous avons vu dans ce cas les rayons donner d'excellents résultats ; de sorte que, pour nous, ce siège est plutôt une indication de la radiothérapie.

Il en est de même pour les cancroïdes, même profonds, qui se produisent dans le *sillon naso-génien*. Ici encore la chirurgie détruit beaucoup et avec des résultats médiocres. J'ai vu par contre les rayons X agir très favorablement. Ils sont, à mon avis, indiqués dans ce cas, et pourraient parfois être avantageusement associés au grattage (1).

A la *lèvre inférieure*, les rayons, dans les formes superficielles, ont parfois de bons effets et j'en ai quelques exemples ; mais j'ai vu malheureusement des revers inexplicables sur lesquels je reviendrai. Aussi je crois que dans ce cas, surtout si l'on a affaire à un épithélioma à induration profonde, il y a plutôt contre-indication.

J'ajouterai, à la décharge des rayons, que la chirurgie dans les mêmes conditions ne fait pas toujours mieux et j'ai vu plusieurs malades chez lesquels des épithéliomas de même siège et de même nature, récidivant peu de temps après l'extirpation, soit sur place, soit dans tous les ganglions du cou, avaient déterminé des lésions défiant toute thérapeutique.

Par contre, à la lèvre supérieure un épithélioma, bien que propagé à la gencive, a pu céder temporairement à l'action des rayons. Je ne puis dire toutefois que la guérison se serait faite, car la malade a été emportée en cours de traitement par une hémorrhagie cérébrale.

La *multiplicité des cancroïdes*, dont j'ai vu quelques exemples, me paraît au contraire une indication de la radiothérapie. En général, ces cancroïdes multiples sont consécutifs à l'acné sébacée concrète, ou au lupus. Comme ceux qui se voient dans le xeroderma pigmentosum, ils ont peu de gravité. Tout autre procédé que la radiothérapie aurait sans doute les mêmes effets ; mais celle-ci a l'avantage d'éviter toute douleur.

(1) Moulage n° 2435.

La *forme des cancroïdes* prête plutôt à des considérations relatives à la technique qu'à une discussion d'indication. Dans les formes exubérantes fongueuses (choux-fleurs) on peut aller avec beaucoup plus de hardiesse que dans les formes ulcéreuses. On peut avec avantage multiplier et rapprocher les fortes séances, mais il faut prendre garde toutefois de ne pas continuer ainsi quand le champignon s'est affaissé. En le faisant, on s'exposerait tout au moins à des dermites fort douloureuses.

Même remarque à propos des cancroïdes creux. La radio-inflammation ne s'y traduit pas toujours par de la rougeur, et une augmentation de l'ulcération dans tous les sens peut en être objectivement la seule conséquence. On est porté alors à croire à l'insuccès de la thérapeutique et à abandonner la partie. Plusieurs fois je suis resté quelque temps dans l'incertitude, ne sachant si je devais attribuer l'augmentation de l'ulcère à la marche du cancer ou au traitement. Heureusement l'indécision n'est pas de longue durée. Le traitement suspendu, et en pareil cas j'ai toujours eu soin de l'interrompre, si le mal continue à s'étendre, c'est l'extension cancéreuse qui est en cause ; si au bout de quelques semaines il y a régression, on conclut *a posteriori* qu'il s'agissait d'une poussée ulcéralive d'origine thérapeutique. J'ajoute que le diagnostic différentiel de ces deux conditions objectivement identiques est rendu probable pendant la période d'incertitude par des douleurs violentes, quelquefois même intolérables, dues vraisemblablement à des névrites radiothérapiques, névrites que je n'ai rencontrées que dans les cas où la thérapeutique avait été trop active. La possibilité de ces radiodermites sans autre manifestation objective que l'exagération apparente du mal est l'indication de procéder avec beaucoup de ménagement dans les formes ulcéreuses du cancer cutané.

Quand dans un cancer, cutané ou autre, les *ganglions sont envahis*, le cas doit être considéré comme très mauvais pour toutes les méthodes. La chirurgie donne alors si souvent de médiocres résultats, que je ne sais vraiment si je dois considérer ce cas comme relevant plus particulièrement du bistouri. Cependant cette conclusion me semble provisoirement la plus rationnelle. Peut-être pourrait-on avec quelque avantage associer à l'extirpation une cure radiothérapique pour assainir la cicatrice ou la surface cruentée. L'avenir seul nous dira ce qu'il faut penser de cette méthode hybride. Je la crois sans inconvénient ; mais je lui crois aussi peu d'avantages car, *en dehors des sarcomes*, les lésions cancéreuses profondes m'ont toujours paru peu modifiées par les rayons. Je ne voudrais pas cependant me montrer trop pessimiste, car il m'a semblé parfois que les rayons avaient favorisé la rétraction ou plutôt l'induration scléreuse, c'est-à-dire probablement la réaction de défense des ganglions.

L'âge trop avancé peut contre-indiquer une intervention chirurgicale ; j'ai trouvé dans ce cas, sur des malades de 90 et même de 99 ans, que l'emploi de la radiothérapie était une ressource précieuse.

Indépendamment des cancers cutanés, j'ai traité par la radiothérapie cinq ou six cas de cancers de la langue et un cas d'épithélioma de l'utérus. Dans ce dernier cas la matrice était encore mobile et sa lèvre postérieure seule envahie, mais dans une assez grande étendue. Je me suis servi d'une ampoule de cristal munie d'une diverticulum en forme de pénis ; dont l'extrémité seule était en verre. Ce pénis radiant, introduit dans un spéculum cylindrique préalablement placé, était dirigé de telle façon que son extrémité, seule partie émettant des rayons X, arrivait au contact même de la lèvre malade. Malgré ces conditions en apparence favorables, et une durée de pose allant jusqu'à trois quarts d'heure, je n'ai obtenu, après quinze à vingt séances, aucun résultat. Il est juste d'ajouter que l'ampoule n'avait qu'un débit très faible et que son extrémité n'impressionnait pas, même au contact et au bout d'une heure, le papier de Sabouraud. Je ne considère donc pas ce résultat comme définitif et je crois que l'essai mérite d'être repris avec un outillage plus puissant.

Pour la langue, il s'agissait en général de cancers déjà étendus et compliqués de ganglions. En opérant avec prudence je n'ai pas eu de radiodermite appréciable, mais je n'ai rien obtenu et les malades ont cessé de venir. L'un d'eux a seul persisté ; tout ce que je peux dire de lui c'est que la radiothérapie ne lui a pas été nuisible. Aujourd'hui, après plus d'un an de traitement, sa langue est partiellement détruite, mais l'état général est resté bon et les ganglions se sont peut-être un peu sclérosés.

Je voudrais en terminant revenir sur deux ordres d'accidents auxquels j'ai fait allusion en commençant.

S'ils pouvaient être prévus, ils seraient une contre-indication formelle à l'emploi des rayons X dans ces cas particuliers.

Le premier, dont j'ai observé au moins quatre exemples : sur le dos du poignet (1), à la joue, à la lèvre supérieure près du nez, et à la moitié gauche de la lèvre inférieure, consiste en ceci : Un épithélioma végétant ou ulcéreux paraît tout d'abord bénéficier considérablement du traitement radiothérapique ; le mal diminue quelquefois à tel point que la guérison semble certaine ; puis, tout à coup, sans radiodermite appréciable, sans modification du traitement, l'ulcération grandit de nouveau quoi que l'on fasse. Elle prend même quelquefois une marche rapide qui conduit à se demander si le traitement n'est pas responsable de cette évolution précipitée. J'ai eu notamment cette impression chez un malade de M. Balzer, atteint d'un lupus compliqué d'épithélioma végétant, que pendant quelque

(1) Moulage n° 3378.

temps j'avais espéré guérir. Deux autres cas dans lesquels j'ai constaté cette évolution progressive, après une période d'amélioration, n'ont pas présenté cette marche rapide. La suspension d'abord, puis plus tard la reprise timide du traitement n'ont pas influencé la marche progressive du mal. Dans les deux cas où l'épithélioma avait été primitivement végétant, il a pris dans cette dernière phase l'allure ulcéreuse.

Le second phénomène sur lequel je désire appeler l'attention est le suivant :

Il survient, chez quelques malades, des poussées ganglionnaires, se faisant avec une acuité dont, avant la radiothérapie, je n'avais jamais vu d'exemple. Il n'est pas rare, on le sait, chez les malades atteints de cancers de la muqueuse buccale (langue, plancher), de constater des abcès ganglionnaires, à évolution subaiguë ou lente, déterminés par l'infection secondaire du néoplasme. Cela ne se voit guère qu'à une période très avancée de la maladie. La complication dont je veux parler est analogue, mais se distingue par sa marche rapide et sa précocité. J'en ai observé deux exemples dont l'un est encore actuellement dans mon service.

Le premier se rapporte à un sujet atteint d'épithélioma térébrant de la lèvre inférieure (1). Les rayons avaient produit si bon effet que j'escomptais déjà la guérison, lorsque se développa une radiodermite légère en même temps que la régression s'arrêtait. Simultanément je vis se produire à la région sous-maxillaire un empatement phlegmoneux à marche tellement aiguë, que j'espérai tout d'abord une adénite simple par infection banale de l'épithélioma. L'incision donnant un pus phlegmoneux sembla justifier cette manière de voir; mais moins de trois semaines après, un champignon cancéreux se fit jour par l'ouverture, et depuis la maladie précipita rapidement sa marche. Le patient, désespéré, quitta l'hôpital; je n'ai pas eu de nouvelles, mais il est certain qu'il a succombé. Le deuxième cas est également relatif à un cancroïde de la lèvre inférieure. A l'inverse du précédent, qui était profondément induré, épais, térébrant, celui-ci, bien que très étendu, semblait relativement superficiel. Il céda complètement et rapidement au traitement radiothérapique, sans se compliquer, à aucun moment, de radiodermite.

La guérison semblait complète quand le malade fut pris brusquement d'une tuméfaction générale du cou à marche tellement rapide, que M. Hudelo qui me remplaçait et M. Morestin firent le diagnostic d'angine de Ludwig.

Le malade, largement incisé, guérit de cette poussée. Plus tard, une deuxième poussée moins forte de tuméfaction générale du cou se produisit puis s'éteignit en quelques jours sans incisions. A ma

(1) Moulage n° 2379.

reprise du service, je trouvai ce malade avec un cou induré, ligneux, et un champignon cancéreux émergeant par l'une des incisions qu'avait faites le chirurgien. Pendant ce temps, la guérison de la lèvre s'était maintenue. Elle se maintient encore aujourd'hui que le champignon cancéreux du cou a pris un volume énorme.

Avant la radiothérapie, je n'avais jamais observé cette marche suraiguë des complications ganglionnaires.

Quelques mots maintenant sur la technique suivie :

Je me suis servi presque uniquement des ampoules Muller à auto-régulateur avec manchon et cylindres protecteurs de Drault, le malade placé à 15 centimètres environ de l'anticathode, les rayons marquant en moyenne 5 à 6 au radiochromomètre de Benoist. Au début, pour les épithéliomas épais, je faisais tout d'abord 3 séances de 5 H, espacées de 3 en 3 jours ; puis j'attendais 3 semaines. Dans les cancroïdes superficiels, je me bornais à 2 séances.

Je renouvelais ensuite les séances à 15 ou 20 jours d'intervalle. Quand la régression avait commencé, je ne faisais plus guère que des séances de 5 H, espacées d'une quinzaine de jours. Quelquefois cependant, si l'action des rayons ne me paraissait pas suffisante, je refaisais des séances couplées à 3 jours d'intervalle par 2 ou quelquefois même par 3. Depuis plus d'un an, ayant cru remarquer que certains accidents de radiodermite ulcéreuse étaient peut-être dus à cette thérapeutique trop intense, je réserve la méthode forte aux formes très végétantes sur lesquelles la destruction n'est pas à craindre. En général, je débute par une séance de 5 H ; 8 ou 10 jours après, j'en fais une autre et plus tard, quand la régression a débuté, j'espace les séances de 15 à 18 jours. De cette manière, je vais moins vite, mais je n'ai plus guère de radiodermite, au moins de radiodermite importante. Pour la langue, je n'ai pas systématiquement dépassé 3 H. Pour obtenir ce chiffre, je ne laissais les malades exposés à l'ampoule que les 3 cinquièmes du temps nécessaire au moment de l'observation pour donner 5 H.

Je terminerai en concluant que s'il existe des indications formelles au traitement des cancers cutanés par les rayons X, il n'y a pas de contre-indications absolues, car dans les cas défavorables à la radiothérapie, la chirurgie est souvent incertaine. Je suis bien loin de croire toutefois qu'il y faille renoncer, et j'ai dit dans cette note dans quels cas je conseillais d'y avoir recours. Je crois du reste qu'il faut se garder de toute généralisation absolue, et se déterminer dans chaque cas par des considérations de probabilité, de convenance, de siège, de marche, etc. ; sans oublier que quoi qu'on fasse la base de nos déterminations reste souvent insuffisante ; car malgré les progrès de nos connaissances, l'adage de la sagesse antique est malheureusement encore vrai : *experientia fallax, judicium difficile*.

Indications et contre-indications de la radiothérapie dans le traitement de l'épithéliome cutané.

Par M. LEREDDE.

Je suis heureux qu'un débat s'engage devant notre Société sur un sujet de thérapeutique considérable, qui intéresse les médecins et de nombreux malades. Ce débat sera utile, s'il aboutit à quelques conclusions nettes, et amène les praticiens à admettre quelques règles précises pour la cure de l'épithéliome cutané. Au milieu du désordre qui règne dans tous les chapitres de la thérapeutique, en raison du nombre illimité de travaux qui paraissent chaque jour, et de l'insuffisance, j'ose le dire, de la plupart; seules des discussions dans lesquelles des médecins compétents cherchent à se mettre d'accord peuvent déterminer un progrès réel dans la pratique médicale, progrès que n'amènent jamais les dissertations les plus longues, les mieux faites, les plus affirmatives dues à un seul auteur.

L'épithéliome de la peau est une affection dont dermatologistes et chirurgiens se disputent le traitement. Si nous voulons donner à celui-ci une base précise, nous devons nous mettre à un point de vue supérieur à celui des uns et des autres. Quelle indication doit être remplie en premier lieu dans le traitement de l'épithéliome cutané? Empêcher qu'il ne tue le malade. Dans tous les cas, après un temps variable, souvent fort long, l'affection peut amener la mort. Tous les moyens que nous emploierons, et il faut ajouter la technique qui sera suivie dans l'emploi de ces moyens, doivent amener la guérison complète et définitive. C'est pour cela que je me suis élevé contre l'emploi inconsidéré des caustiques chimiques dont le médecin ignore l'action précise, qu'il ne sait pas manier en raison de leur nombre illimité, et de leur énergie infiniment variable. Dans la pratique, leur usage n'a d'autre résultat que de permettre la récurrence indéfinie du mal.

Le seul moyen qui empêche sûrement la récurrence, — il faut éliminer tous les cas où l'infection ganglionnaire existe déjà au moment de l'intervention, — c'est l'ablation large, au delà des limites du mal. D'autre part, on peut admettre *a priori* que dans toute maladie, l'idéal est de n'avoir qu'un traitement, et on peut comprendre et admettre une thérapeutique de l'épithéliome cutané qui se résumerait en quelques lignes : ablation, faite suivant telle ou telle technique.

En fait, l'épithéliome dont il s'agit est tellement lent dans son évolution, tellement bénin pendant des années dans la plupart de ses formes, qu'on peut se demander s'il n'y a pas lieu de tenir compte de considérations accessoires, dans l'adoption d'une ligne de conduite : considérations esthétiques, agrément du malade, qui répugne parfois à l'intervention sanglante, agrément du médecin lui-

même, qui n'ose pas toujours ou ne sait pas manier le bistouri, et qui préférera employer une technique dont il a l'usage.

La radiothérapie est à la mode, elle permet, dans l'épithéliome de la peau, d'obtenir la guérison complète; elle donne des résultats esthétiques et parfaits, sans douleur, de nombreux médecins croient pouvoir la manier. Si elle donnait, au même titre que l'ablation chirurgicale large, la certitude de la non récurrence, elle pourrait être mise sur le même plan. Certains auteurs semblent admettre d'ores et déjà qu'elle constitue la méthode de choix du traitement de l'épithéliome de la peau.

Eh bien, il y a là une exagération *dangereuse*. Dans le travail que j'ai présenté à la dernière séance de notre Société et qui a été, ainsi que la note de M. Gastou, le point de départ de cette discussion, j'ai publié des cas de récurrence, de généralisation et de mort dans des épithéliomes de la peau traités par la radiothérapie. M. Gastou a cité des cas d'infection ganglionnaire. M. Danlos avait déjà mentionné des faits analogues, mais la plupart de ses faits concernent des épithéliomes de la lèvre inférieure, très différents dans leur évolution, leur histologie, de la plupart des épithéliomes de la peau (on sait que les radiologistes américains déconseillent formellement l'emploi de la radiothérapie dans ces formes, et je me rattache entièrement à leur manière de voir).

Si l'on veut continuer, malgré ces insuccès, à employer la radiothérapie dans les cancroïdes de la peau, il est indispensable que tout médecin soit fixé sur les contre-indications exactes. Les insuccès que j'ai énumérés plus haut peuvent être dus : 1° à l'évolution propre de certaines formes, 2° (et ceci me paraît aussi important) à la technique suivie.

A. — Je ne reviendrai pas longuement sur le travail que j'ai communiqué à la dernière séance de la Société de Dermatologie, énumérant certaines contre-indications des rayons X dans la cure des cancroïdes cutanés. Je mentionnais : 1° les cas où ces cancroïdes ont une marche rapide, 2° des formes très profondes et très étendues, 3° les mélanomes. Je renvoie à mon travail où on pourra trouver le détail des cas qui m'ont conduit à établir ces contre-indications.

Peut-on en établir d'autres à l'heure présente, sans parler des épithéliomes des lèvres pour lesquels la question me semble d'ores et déjà résolue? La discussion d'aujourd'hui permettra peut-être de le faire. Je mentionne seulement que de petits épithéliomes du type perlé ou hyperkératosique sont très rebelles aux rayons X, et peuvent être traités de préférence par une technique autre que la radiothérapie. Mais il ne s'agit pas de contre-indications formelles, qui n'existent à mon sens que dans les cas où l'emploi des rayons est *dangereux*.

Notre collègue M. Darier a soulevé une question très intéressante en affirmant que la radiothérapie est contre-indiquée dans les épithéliomes lobulés cornés. Si la formule était d'une valeur absolue, et établie sur une statistique assez longue, elle conduirait à faire précéder l'intervention dans les cancroïdes de la peau d'un examen histologique et m'amènerait peut-être à modifier les propositions qui précèdent.

B. — L'étude des contre-indications de la radiothérapie m'a conduit à soulever une question fondamentale, celle de la technique. Aucune méthode en thérapeutique ne vaut que si elle est bien appliquée, et on l'oublie sans cesse, dans les manuels, dans les travaux de tout genre. Seuls les chirurgiens paraissent le savoir, comme il convient.

Nous ne voulons parler aujourd'hui que des indications et des contre-indications de la radiothérapie bien faite ; il est bien entendu que la radiothérapie *mal faite* est toujours dangereuse. Mais qu'est-ce que la radiothérapie *bien faite* dans les cas d'épithéliome ?

J'ai également abordé ce point dans le travail auquel j'ai déjà fait allusion ; On sait combien la technique de la radiothérapie dans les affections qui en relèvent a été longue à déterminer, en raison de la longue période qui a précédé l'introduction des moyens de mesure.

Depuis que nous sommes en possession de ces moyens, il existe une autre cause d'incertitude, moins grave il est vrai. Elle est due simplement au mot *radiodermite*. Tout médecin qui emploie les rayons X est préoccupé d'éviter une radiodermite, frayeur légitime, à condition de définir le mot. On va voir combien la chose est nécessaire.

Pour de nombreux auteurs actuels, il y a radiodermite dès qu'il y a érythème, ou alopecie définitive. Ceci exige une dose supérieure à cinq unités H, à la teinte B du papier Sabouraud-Noiré. MM. Sabouraud et Noiré impriment sur le petit carnet où sont placées les teintes étalons de leur radiomètre : teinte B correspondant à la dose maxima que la peau peut recevoir sans qu'il s'ensuive de l'érythème, une *radiodermite* ou une alopecie définitive.

Mais le résultat de cette manière de voir est que la plupart de nos confrères hésitent à employer des doses supérieures à cinq unités de Holzknacht.

Or la définition du terme radiodermite est artificielle, — toute action des rayons X sur les tissus peut être considérée comme amenant une radiodermite. Pour préciser et fixer les idées, il faut au moins distinguer parmi les radiodermes (au sens Sabouraud-Noiré) celles qui doivent être évitées dans certains cas et celles qui doivent l'être toujours. Au delà d'une certaine dose, les rayons X provoquent des douleurs intenses et rebelles. La *radiodermite douloureuse rebelle* doit être évitée dans tous les cas en radiothérapie. Mais on

peut employer des doses inférieures à celles qui la déterminent dans tous les cas où on veut amener une destruction, une élimination de tissus, une sclérose. Peu importe la rougeur, peu importe même l'alopécie quand il est nécessaire de l'obtenir pour amener la guérison; il faut seulement savoir que les doses supérieures à 5 H la produisent et en prévenir le malade.

Eh bien, je crois que dans les cas d'épithéliome cutané, nous pouvons franchement et systématiquement élever les doses usuelles et arriver à faire absorber par la peau 10 à 12 unités H; recommencer quand toute réaction aura disparu, c'est-à-dire après une vingtaine de jours. Et comme il est nécessaire de faire toujours plus, d'éviter l'infection profonde qui a des chances (même exceptionnelles) de se produire quand on laisse quelques éléments épithéliomateux, je crois utile de faire de nouveau une troisième application au bout de quarante jours après le début du traitement. Ceci comme ligne de conduite générale et qui doit être modifiée toutes les fois que des conditions anatomiques l'exigent : une épaisseur importante de l'épithéliome peut, par exemple, conduire à augmenter la dose des rayons.

La radiothérapie a-t-elle des indications précises? Un mot seulement sur ce point dont j'ai parlé dans mon premier travail. J'y énumère, à titre provisoire : les petits épithéliomes des paupières, les épithéliomes destructeurs du centre de la face, cette liste pouvant être complétée par des indications fournies par d'autres auteurs.

Je résumerai cette communication de la manière suivante :

1° Nous n'avons pas le droit de faire de la radiothérapie une méthode exclusive de traitement de l'épithéliome cutané, puisque dans certains cas, fussent-ils rares, le traitement par les rayons a été suivi de mort.

2° La radiothérapie ne doit pas être employée dans les cas à évolution rapide, dans les formes très étendues et très profondes ni dans les mélanomes.

3° Les contre-indications fournies par l'examen histologique sont à réserver.

4° Il ne faut pas traiter un épithéliome de la peau par des doses de rayons X insuffisantes, et je suis d'avis que dans tous les cas il faut faire absorber par les surfaces malades 10 H et reprendre au moins une fois cette application, après le temps nécessaire pour que l'effet des rayons soit éteint (une vingtaine de jours). Je trouve même prudent en principe de faire trois applications successives. Ces doses doivent être élevées quand le volume de l'épithéliome l'exige.

Bien entendu, on dépassera toujours dans le traitement la limite de la tumeur de quelques millimètres.

5° La radiothérapie est indiquée plus que d'autres méthodes dans

les épithéliomes des paupières, dans les épithéliomes destructeurs du centre de la face.

La radiothérapie peut-elle faciliter les infections néoplasiques profondes et rendre l'évolution épithéliomateuse plus rapide? La question s'est posée de même pour les cancers non cutanés et n'est pas résolue. Au point de vue pratique, il faut simplement penser que la radiothérapie ne doit jamais être faite à des doses insuffisantes, qui n'amènent pas la guérison et peuvent modifier la vitalité des cellules néoplasiques. S'il y a destruction et élimination complète des tissus morbides, les chances d'infection profonde consécutive disparaissent.

M. DANLOS. — M. Leredde croit que les insuccès sont souvent dus à l'insuffisance du traitement; j'aurais tendance au contraire à penser qu'ils sont dus souvent à l'exagération des doses. J'ai coutume, actuellement, de donner 5 H tous les 15 ou 18 jours; autrefois, je donnais en général 5 H trois fois de suite, avec des intervalles de 3 jours.

M. SABOURAUD. — Avec 5 H, appliquées 3 fois de suite en 9 jours, vous deviez avoir à tout coup une radiodermite ulcéreuse; sinon il y avait erreur dans le dosage.

M. DANLOS. — Je ne sais s'il y avait erreur de dosage; mais les radiodermites n'étaient pas très fréquentes et je n'ai jamais eu d'eschares. On suivait exactement les indications du papier.

M. GASTOU. — Il est impossible de faire un dosage précis avec les pastilles de Sabouraud-Noiré, nous avons fait à ce sujet des expériences comparatives et nous nous sommes assuré que les pastilles d'origine différente donnent des résultats très différents.

M. SABOURAUD. — Le résultat obtenu par M. Gastou montre qu'il n'a pas tenu compte des techniques que M. Noiré et moi avons exposées en leur temps et qui sont indispensables pour avoir avec notre radiomètre des mesures précises et constantes.

Les pastilles de notre radiomètre sont faites d'un carton bristol sur lequel est étendue en couche mince une *émulsion de platino-cyanure de baryum dans un collodion à l'acétate d'amyle*. Si l'on se sert de papier préparé avec du platino-cyanure de baryum mélangé à de la colle de gomme par exemple, la teinte repère de notre radiomètre cesse d'être utilisable. Mais avant de juger une technique, et surtout de la condamner, il faut se mettre d'abord, pour la contrôler, dans les conditions d'expérimentation qu'elle réclame, et c'est ce que M. Gastou n'a pas fait.

Les rayons X dans le traitement des épithéliomas cutanés.

Par M. BISSEMIÉ.

Pour la clarté de la discussion, il me semble indispensable d'en préciser les points en la limitant aux seuls épithéliomas cutanés, abstraction faite

de toutes les autres néoplasies cutanées. C'est donc volontairement que je laisserai de côté, d'une part les sarcomes cutanés, les mélano-sarcomes, etc.; d'autre part, les épithéliomes des muqueuses (langue, lèvres), bien que j'aie pu obtenir dans divers cas de ce genre des résultats vraiment remarquables.

Pour que la radiothérapie puisse donner le résultat thérapeutique cherché, il faut qu'elle soit appliquée d'une façon méthodique et judicieuse, mais s'il est nécessaire d'utiliser une technique d'application, qui dans ses grandes lignes sera soumise à des règles méthodiques, il est, *a priori*, irrationnel au premier chef de vouloir enfermer cette technique dans les limites étroites d'une méthode d'application immuable et toujours identique à elle-même. Il appartient à l'opérateur d'apprécier, suivant les circonstances, les modifications qui paraissent compatibles avec un cas spécial et déterminé.

En principe j'utilise les radiations correspondant au numéro 8 ou 10 de l'échelle de Benoist et je fais absorber, en une seule application, une dose qui n'est jamais inférieure à 5 ou 6 H, et peut, en quelques circonstances, aller jusqu'à 8 et 10 H. J'attends, pour procéder à une autre application, que toute trace de réaction ait complètement disparu. La dose de 5 à 6 H, compatible avec l'intégrité des tissus, me semble la dose généralement suffisante, mais nécessaire, pour une action efficace. La dose totale qui paraît nécessaire varie entre 30 et 60 H pour les épithéliomas, même les plus superficiels, si l'on veut éviter tout risque de récurrence.

Il y a nécessité absolue à ce que les radiations X puissent porter leur action d'une façon aussi directe et aussi immédiate que possible sur toutes les parties de la néoplasie.

C'est dire que, quels que soient les avantages de la méthode radiothérapique, on ne saurait, à mon avis, la préconiser en toutes circonstances à l'exclusion de toute autre méthode, il y aurait là une exagération regrettable. Si parfois elle est, dans des cas bien déterminés, capable à elle seule de permettre d'obtenir le résultat cherché, il faut reconnaître qu'en certaines circonstances (tumeur incomplètement accessible par sa situation ou sa profondeur) elle trouve dans les autres méthodes, curettage, raclage, et en particulier dans la chirurgie, des auxiliaires précieux.

Les deux méthodes, judicieusement combinées, peuvent, en certains cas, donner la réussite là où l'une ou l'autre seule eût complètement échoué.

Je ne parle que pour mémoire de la méthode qui consiste à appliquer la radiothérapie à doses fractionnées et quotidiennes; c'est une méthode irrationnelle au premier chef, elle ne permet point au malade de bénéficier de tous les avantages de la radiothérapie sans le mettre à l'abri de ses inconvénients: elle me paraît, tout au contraire, susceptible de déterminer des accidents.

Comme toutes les autres méthodes, la radiothérapie est susceptible d'échouer, même dans les cas les plus favorables en apparence, mais rien ne prouve qu'une autre méthode eût réussi là où elle a échoué, et s'il est permis de déplorer cet échec, il serait injuste de l'accuser, comme on l'a fait, de provoquer l'infection ganglionnaire et la généralisation d'une néoplasie primitivement limitée. Il n'est, du reste, pas possible de fournir une preuve sérieuse et valable.

Tout ce qu'on peut dire, c'est que la radiothérapie a été impuissante à empêcher cette infection profonde ou cette généralisation, mais elle ne les a pas provoquées.

La clinique est là, en effet, pour nous apprendre qu'un épithéliome cutané, resté stationnaire et bénin pendant de longues années, peut, à un moment donné, et sans cause appréciable, affecter une marche rapide et une allure des plus malignes. Ce changement dans son évolution se produit sous l'influence de causes indéterminées, il est dû bien plus à des circonstances fortuites, dont on ne peut soupçonner la nature, qu'à la variété histologique de la tumeur. Ce changement d'évolution, impossible à prévoir mais toujours à craindre, peut se produire après une application radiothérapique tout comme après l'emploi d'un procédé thérapeutique quelconque, ou en l'absence de toute intervention.

Quoi qu'il en soit, la radiothérapie dans les épithéliomes superficiels, et complètement accessibles, constitue, à mon avis, la méthode de choix.

C'est une méthode douce, indolore, susceptible même de calmer les douleurs. Au point de vue conservateur des mouvements (épithélioma des paupières) il n'y a aucune comparaison à établir entre la radiothérapie et les autres méthodes, et, au point de vue purement esthétique, elle donne des résultats bien supérieurs à tous les autres procédés, y compris les autoplasties les mieux réussies.

Si les lésions sont trop profondes ou incomplètement accessibles, on fera précéder la radiothérapie d'un raclage, d'un curettage, ou même d'une ablation.

S'il y a récurrence post-radiothérapique, et rien ne prouve qu'il y en ait plus après la radiothérapie qu'après tout autre procédé, on fera en temps utile de nouvelles applications; mais il serait inadmissible, en bonne et saine logique, de rejeter une méthode thérapeutique dont les résultats sont aujourd'hui confirmés par le temps, sous prétexte que cette méthode peut échouer quelquefois.

A propos des indications de la radiothérapie dans le traitement de l'épithélioma cutané.

Par M. J. BELOT.

Pour fixer les indications et les contre-indications de la radiothérapie, il est de toute nécessité non seulement d'écarter de la question les sarcomes cutanés, mais d'établir une distinction entre les épithéliomes de la peau; on constate en effet que tous ne se comportent pas de la même façon, sans qu'il soit toujours possible, à l'heure actuelle, de préciser la cause des quelques succès attribués à la méthode.

Il est très vraisemblable que la forme histologique doit être prise en considération; les recherches de M. Darier ont montré que les épithéliomas spino-cellulaires étaient moins favorablement influencés que ceux appartenant au type baso-cellulaire; mais a-t-on le

droit de proscrire toujours la nouvelle méthode dans le cas d'épithéliomes spino-cellulaires ? je ne le crois pas.

Il existe, en effet, des néoplasmes appartenant à ce type qui ont été guéris par la radiothérapie. Du reste, le diagnostic histologique n'est pas toujours possible : il ne me semble donc pas qu'il faille, pour le moment du moins, baser sur lui seul les indications ou les contre-indications.

J'attribue une plus grande valeur au type clinique, à l'évolution, et surtout à l'*extension en profondeur*.

Il serait trop long de passer en revue tous les cas, je ne m'arrêterai que sur quelques points qui me paraissent importants.

Si l'on en croit *Molzknacht* (de Vienne), dont l'opinion fait autorité, tous les épithéliomes limités à la peau guériraient toujours par la radiothérapie : j'avoue pour ma part que j'ai toujours vu guérir tous ceux que j'ai traités, à condition qu'ils évoluent lentement.

Que le néoplasme se manifeste par une ulcération avec bords plus ou moins durs et saillants ou par une tumeur recouverte ou non de tégument, on peut en obtenir ordinairement la régression et la cicatrisation par un traitement bien conduit. Il va sans dire que dans quelques cas d'épithéliomes végétants, il y a tout intérêt à aplanir les surfaces, à préparer le terrain par un raclage : on arrive ainsi plus rapidement à un résultat excellent.

Si la lésion a dépassé les limites du derme, la méthode compte un certain nombre d'insuccès : le résultat dépend de l'étendue et de la profondeur de la lésion et surtout de la plus ou moins grande rapidité avec laquelle elle évolue ; des mêmes facteurs doit dépendre aussi le procédé thérapeutique.

Je crois que les épithéliomes à évolution très rapide (heureusement rares) doivent être d'abord traités chirurgicalement, si l'intervention est possible : elle sera immédiatement suivie d'irradiations de Röntgen. Dans ces cas, en effet, la radiothérapie n'est pas, comme on l'a prétendu, une méthode dangereuse, elle est simplement impuissante et de ce fait peut faire perdre au malade les bénéfices d'une ablation précoce.

Quant aux cas inopérables, personne ne peut nier l'heureuse influence qu'exercent sur eux les rayons X tant au point de vue de l'état local que de l'état général. Il va sans dire qu'ils ne peuvent restituer les plans osseux ou les organes qui ont disparu, mais nombreux sont les cas où ils ont provoqué de telles modifications que la mise en place d'un appareil prothétique est devenue possible. Si l'on ne peut parler de guérison, il s'agit là d'une amélioration que ne peut donner aucune autre méthode.

Il existe quelques cas d'épithéliomes mélaniques traités avec succès par la nouvelle méthode, mais la rapidité habituelle d'évolu-

tion de ce type morbide nécessite souvent l'intervention chirurgicale.

Les épithéliomes des muqueuses et particulièrement ceux de la lèvre inférieure peuvent parfois guérir par la radiothérapie. Il en existe des exemples indiscutables, mais nombreux sont les cas contre lesquels la méthode est impuissante, et j'en ai pour ma part vu un certain nombre.

Je crois donc que, pour le moment, il faut prendre l'avis du chirurgien et faire suivre l'intervention, si elle est décidée, d'applications radiothérapiques; j'en dirai autant du cancer de la langue.

On a accusé les rayons X d'aggraver les néoplasmes cutanés qui étaient soumis à leur influence. A mon avis, il faut distinguer et, au lieu de s'enprendre aux radiations elles-mêmes, il serait plus sage de chercher dans une technique défectueuse la cause de la plupart des insuccès et des accidents.

Je reconnais que certaines lésions ne sont pas modifiées, que leur évolution n'est pas arrêtée, mais je crois que, le plus souvent, les aggravations sont dues à une application intempestive ou à une infection surajoutée.

Chaque fois que l'on doit traiter un épithélioma, *il faut examiner soigneusement son malade*, rechercher avec soin s'il existe ou non des métastases, et surtout établir le pronostic en supposant que la radiothérapie n'aurait aucune action. Je suis convaincu que cette pratique empêcherait bien des surprises.

Des observateurs sérieux ont constaté l'apparition de ganglions volumineux ou l'augmentation de ceux qui existaient, à la suite de quelques irradiations modérées, pratiquées sur des épithéliomas ulcérés. Pour mon compte, j'ai vu pareil fait se produire une fois : il s'agissait d'un volumineux épithélioma inopérable de la lèvre inférieure que je traitais par la méthode préconisée par Perthes.

Un ganglion sous-maxillaire, qui existait au début du traitement, devint douloureux et rapidement doubla de volume : cette augmentation était-elle due au traitement ou à une infection surajoutée ? Je ne puis me prononcer.

A côté de ce fait, je puis en citer plusieurs dans lesquels des ganglions accompagnant un volumineux épithélioma, diminuèrent, puis disparurent sous l'influence des irradiations. Cela m'amène à dire qu'il faut toujours commencer par agir sur les ganglions atteints; on doit aussi irradier ceux que l'on a des raisons de croire envahis, alors même qu'ils paraissent indemnes.

Il est certain cependant que quelques épithéliomas cutanés ulcérés ont été aggravés par un traitement trop intense. Un épithéliome ulcéré à bords saillants est soumis aux irradiations; on débute par quelques doses fortes.... L'ulcère se transforme, prend un meilleur

aspect, le fond se nettoie et on espère la guérison, quand un beau jour, sans cause apparente, la plaie devient douloureuse, l'ulcération se creuse, le fond prend une teinte verdâtre, noirâtre par places. Des adénopathies peuvent même survenir.

La lésion s'est manifestement aggravée, *on a transformé en ulcère de Röntgen une ulcération épithéliomateuse*. Il n'y a plus d'épithélioma au centre de l'ulcération, on ne trouve plus de cellules morbides qu'à la périphérie, dans les bords indurés de l'ulcération. Que fait-on? On continue le traitement, on augmente même parfois les doses et on aggrave de plus en plus le mal en cherchant à le guérir. La réparation ne peut se faire, les cellules jeunes ont été tuées, le fond naguère bourgeonnant est devenu escharotique. J'ai eu, pour ma part, un ou deux cas où ces phénomènes ont été très nets. Aussi, depuis longtemps, je prends la précaution non seulement d'assurer l'uniformité de l'irradiation sur toute la surface malade, mais dès que je vois que l'ulcération commence à se modifier, je la protège par une lame de plomb convenablement découpée; j'agis alors sur les bords qui demandent pour régresser un traitement plus intense; de temps en temps je donne une petite dose à l'ulcération, selon son état.

Je vous présente un malade qui a été traité par cette méthode et qui la justifie pleinement.

De même, il faut éviter avec le plus grand soin toute infection surajoutée: toute suppuration d'un foyer traité fait perdre momentanément une large part des bénéfices acquis.

Enfin je rejette, sinon comme dangereuse, du moins comme inutilement fastidieuse, la méthode qui consiste à faire tous les jours ou tous les deux jours une application de faible intensité et à poursuivre cette pratique jusqu'à l'apparition d'une modification locale. Admissible à la période où les mesures n'existaient pas, elle n'a plus de raison d'être actuellement.

Je crois qu'il y a tout avantage à débiter par des doses moyennes, si l'épithéliome n'est pas ulcéré (4-5 H), et par des doses un peu plus fortes (8-9 H), si la lésion se manifeste par une ulcération.

Suivant la quantité de radiations absorbée, l'évolution de la lésion, les modifications réactionnelles, les applications seront plus ou moins espacées, la quantité absorbée plus ou moins réduite.

Comme M. Leredde, je m'élève contre une formule trop simpliste et trop uniforme. Chaque malade doit être traité selon son état; il n'y a pas une méthode unique, il y a des procédés d'application variables suivant les lésions que l'on doit traiter. J'ai déjà insisté sur ce point, dans mon *Traité de radiothérapie*.

Il faut aussi tenir compte de la pénétration des radiations, car la

propagation et l'absorption en profondeur se font en fonction de la pénétration des radiations, bien entendu.

Si des doses trop faibles sont inefficaces, l'excès de dose provoque des aggravations manifestes dont la cause est souvent méconnue des radiothérapeutes.

Considérations générales sur la radiothérapie des épithéliomes cutanés.

Par M. BÉCLÈRE.

J'approuve sans réserve tout ce que vient de dire mon excellent collaborateur, M. Belot. Permettez-moi d'y joindre quelques considérations générales.

La radiothérapie des épithéliomes cutanés n'est qu'une partie de la radiothérapie des néoplasmes qui n'est elle-même qu'un chapitre de la radiothérapie, et celle-ci à son tour est l'application pratique des connaissances, encore bien imparfaites, que nous possédons relativement à l'action des rayons de Röntgen sur les êtres vivants, plus spécialement sur l'homme.

Trois notions fondamentales sont à la base de ce qu'on peut appeler la radiobiologie; elles commandent la radiothérapie en général et la radiothérapie des épithéliomes de la peau en particulier. Ce sont les suivantes :

Tous les éléments cellulaires du corps humain, à l'état normal ou pathologique, s'ils absorbent une certaine quantité de rayons X, peuvent devenir le siège de modifications chimiques qui aboutissent à la dégénérescence, à la destruction et à la mort de la cellule irradiée.

Les divers éléments cellulaires du corps humain, à l'état normal ou pathologique, se montrent inégalement sensibles à l'action des rayons X. Pour une même quantité absorbée, les cellules d'une certaine espèce sont détruites, tandis que les cellules d'une autre espèce ne semblent éprouver aucun dommage.

Pour une même région du corps soumise au rayonnement de Röntgen, les quantités de rayons successivement absorbées par les diverses couches des tissus traversés, vont toujours en décroissant très rapidement de la superficie vers la profondeur; elles décroissent d'ailleurs d'autant plus rapidement que l'ampoule radiogène employée, moins résistante au passage du courant électrique, fournit un mélange de rayons moins pénétrant.

L'inégale sensibilité des divers éléments cellulaires est, à l'état normal, très manifeste, puisque malgré leur siège profond, les cellules épithéliales des conduits séminifères, les lymphocytes de la rate et des ganglions lymphatiques sont détruits par des doses très

inférieures à celle que reçoit, sans aucun signe d'irritation, la superficie du revêtement cutané.

A l'état pathologique, les cellules qui composent les néoplasmes, malgré leur tendance anormale à la multiplication, à l'invasion des vaisseaux lymphatiques ou sanguins et à la greffe dans les ganglions ou les viscères, n'en sont pas moins, d'une manière générale, beaucoup plus fragiles, vis-à-vis des rayons X, que les cellules saines avoisinantes. Sans connaître encore les raisons de cette fragilité spéciale, nous savons qu'elle existe ; sans elle il n'y aurait pas de radiothérapie des néoplasmes.

Il existe d'ailleurs entre les éléments des divers néoplasmes, suivant leur origine, leur forme, leur âge, la rapidité plus ou moins grande de leur multiplication et, sans doute, d'autres conditions encore tout à fait inconnues, de très grandes différences de sensibilité vis-à-vis des rayons X. Certains sont détruits par des doses très faibles, tandis que d'autres sont à peine modifiés par des doses très fortes. Des néoplasmes de même formule histologique peuvent présenter ces différences : certains sarcomes sont remarquables par leur extrême fragilité à l'action des rayons X ; rien cependant ne les distingue histologiquement, aujourd'hui du moins, d'autres sarcomes beaucoup plus résistants à cette action.

Comme le bistouri du chirurgien, comme les caustiques thermiques ou chimiques, les rayons X sont, à l'égard des néoplasmes, un agent de destruction, mais un agent de destruction pour ainsi dire idéal, parce que son action est élective, parce qu'au milieu du tissu envahi par un néoplasme, il frappe les cellules malades en respectant les cellules saines, parce que, dans certaines conditions, il détruit les cellules malades à travers le tégument sain et sans porter atteinte à son intégrité.

La loi physique du décroissement très rapide, de la superficie vers la profondeur, des quantités de rayons absorbées, n'en est pas moins comme le mur d'airain sur lequel viennent s'arrêter et se briser les efforts de la radiothérapie.

A une certaine profondeur au-dessous du revêtement cutané, tous les éléments néoplasiques cessent d'être accessibles à la radiothérapie parce qu'on ne peut leur faire absorber la dose curative sans donner aux éléments sains qui les recouvrent une dose destructive et que jamais les rayons X ne doivent provoquer, à la manière des caustiques, la destruction en masse des tissus. Cette profondeur ne peut d'ailleurs être exactement déterminée ; elle varie, pour chaque néoplasme, avec son degré particulier de sensibilité à l'action des rayons X. Tel nodule épithéliomateux, peu sensible, est déjà hors de l'atteinte efficace de la radiothérapie, s'il est seulement au-dessous de la peau, tandis que tel volumineux sarcome, très sensible, est

encore accessible à cette médication dans la profondeur du médiastin. Les limites de l'action efficace varient aussi avec la technique en usage; elles s'étendent d'autant plus loin dans la profondeur que les rayons employés sont d'une qualité plus pénétrante.

On comprend ainsi que dans un néoplasme de quelque épaisseur, les éléments cellulaires superficiels peuvent être détruits par un rayonnement qui n'altère pas ou qui altère peu les éléments profonds. De faibles altérations, longtemps répétées, peuvent cependant aboutir à la destruction de ces derniers, mais c'est à la condition que dans l'intervalle des séances ils n'aient pas le temps de se multiplier.

En somme, trois facteurs principaux, l'un d'ordre purement physique, les deux autres d'ordre biologique, sont à considérer dans la radiothérapie des néoplasmes : le siège des éléments néoplasiques, leur sensibilité spéciale à l'action des rayons X, la rapidité plus ou moins grande de leur multiplication.

Ces considérations générales trouvent leur application à la radiothérapie des épithéliomes cutanés.

Relativement au siège superficiel ou profond des éléments néoplasiques, on peut dire, il me semble, que tous les épithéliomes cutanés qui n'ont pas dépassé le derme sont justiciables de la radiothérapie parce que, sauf exceptions rarissimes, la radiothérapie les guérit et qu'elle les guérit définitivement, sans récurrence, si toutefois la dose totale de radiations données dépasse notablement la quantité strictement nécessaire à la guérison apparente. Il est permis, je crois, d'ajouter que pour tous les épithéliomes qui n'ont pas dépassé le derme, la radiothérapie est la méthode de choix parce qu'en raison de son action élective, elle les guérit avec une perfection esthétique que n'obtient aucune autre médication.

Limités au derme, les épithéliomes sont justiciables de la radiothérapie, quelle que soit leur formule histologique. Dans ces conditions, les épithéliomes spino-cellulaires, en général moins sensibles à l'action des rayons X que les épithéliomes baso-cellulaires, guérissent comme ces derniers, ainsi que me l'a montré une récente observation.

Dans les mêmes conditions, je ne fais pas d'exception pour les épithéliomes mélaniques ou plus généralement pour les mélanomes. J'ai eu occasion de traiter une dame chez qui un *nævus pigmentaire* congénital de la face s'était rapidement transformé en une petite tumeur analogue à un grain de raisin noir. M. Thibierge consulté, conseilla l'ablation immédiate d'une large portion de la joue. M. Brocq, d'accord avec M. Thibierge sur le diagnostic et le pronostic du mal, fut d'avis de tenter d'abord la radiothérapie et me confia la malade. Le petite tumeur régressa et disparut sous l'action des

rayons X ; la guérison se maintient parfaite depuis plus d'un an et demi.

Ainsi dans le traitement des épithéliomes limités au derme, la radiothérapie suffit à sa tâche. Il est bon cependant, pour abréger et faciliter la cure, quand le néoplasme forme une tumeur saillante assez volumineuse, d'abréger d'abord à la curette la portion exubérante du tissu morbide. Il est aussi tout à fait indiqué, en présence d'une forme d'épithéliome connue pour sa malignité habituelle, particulièrement donc en présence d'un mélanome, de ne pas traiter seulement le néoplasme visible, mais d'irradier aussi, par précaution, la région des ganglions qui en dépendent, alors même que rien n'indique l'envahissement de ces ganglions ; il est toujours permis de craindre que des éléments néoplasiques, encore microscopiques, y soient déjà greffés.

Quand l'épithéliome n'est plus limité au derme, mais a dépassé sa face profonde, la situation change. On doit encore à la radiothérapie des succès en grand nombre, mais elle éprouve aussi des échecs indéniables, des échecs complets qui aboutissent à la mort du malade.

Il est absolument démontré cependant que, dans certaines conditions favorables, des épithéliomes sous-cutanés, en particulier des épithéliomes de la glande mammaire et des ganglions adjacents, peuvent complètement disparaître sous l'influence de la radiothérapie. Ce n'est pas donc seulement l'envahissement des tissus sous-cutanés qui, dans les cas malheureux, explique l'échec de cette médication. Il faut tenir ici le plus grand compte non seulement du facteur physique, profondeur des lésions, épaisseur du tissu morbide, mais aussi des deux facteurs biologiques, sensibilité spéciale à l'action des rayons X et rapidité de multiplication des éléments néoplasiques.

A ce point de vue, les épithéliomes spino-cellulaires, comme l'a parfaitement montré M. Darier, s'offrent au traitement, quand ils ont franchi le derme, dans les conditions les plus défavorables. Rien ne le démontre mieux que l'observation à laquelle je faisais tout à l'heure allusion, celle d'un jeune homme congénitalement atteint de xeroderma pigmentosum et dont la face portait au moins une trentaine de petites tumeurs épithéliomateuses que l'examen histologique montra appartenir au type spino-cellulaire. Toutes celles de ces tumeurs qui étaient limitées au derme guérissent parfaitement sous l'influence de la radiothérapie. La plus volumineuse, située au-dessous de l'œil droit, avait envahi les tissus sous-cutanés et se propageait au maxillaire inférieur ; je reconnus vite que la radiothérapie n'arrêtait pas son développement, et demandai conseil à mon collègue de Saint-Antoine, M. Lejars. Une intervention radicale eût

nécessité l'ablation complète du maxillaire supérieur ; il préféra se borner à une opération volontairement incomplète, et enleva ce qu'il pouvait enlever de tissu morbide, sans toucher au squelette de la face. Les irradiations furent aussitôt reprises avec intensité sur la large surface cruentée du champ opératoire, mais ce fut en vain et le malade succomba aux progrès en profondeur du seul de ses nombreux néoplasmes qui avait échappé à l'action de la radiothérapie. Nous n'en sommes pas moins en droit d'affirmer, je crois, que, traité plus tôt, avant l'envahissement du tissu cellulaire sous-cutané, il aurait, comme les autres, parfaitement et complètement guéri.

L'enseignement qui ressort de cette observation c'est que dans les épithéliomes qui ont dépassé le derme, si l'épaisseur du tissu morbide n'est pas négligeable, surtout si le néoplasme évolue rapidement et tend à devenir plongeant, comme c'est le cas habituel pour les épithéliomes du type spino-cellulaire, la radiothérapie ne suffit pas à la tâche. Il faut immédiatement faire appel au chirurgien, lui demander une intervention très large et, aussitôt après cette intervention, tenter de compléter son œuvre par des irradiations intensives. Trop souvent le succès par malheur, dans ces conditions, demeure au-dessus des ressources combinées de l'intervention chirurgicale et de la radiothérapie.

C'est assez dire l'importance du diagnostic et du traitement précoce des épithéliomes de la peau.

Dans le cas où le derme est détruit et où les tissus sous-cutanés sont envahis, la marche n'est pas toujours aussi rapide ni le pronostic aussi défavorable. Nombreux sont les épithéliomes, du type appelé *ulcus rodens* surtout par les médecins anglais et américains, dont l'évolution est plus lente et où le processus de régression et de destruction des tissus sains l'emporte sur le processus de multiplication des éléments néoplasiques. Ils appartiennent le plus souvent au type baso-cellulaire et se manifestent par une ulcération d'abord petite qui grandit peu à peu, s'étend lentement mais progressivement en surface et en profondeur et aboutit, après des mois ou des années, à d'horribles mutilations. Ces larges ulcères épithéliomateux ne sont guère justiciables de l'intervention du chirurgien et se trouvent au contraire fort bien de la radiothérapie. Les rayons X détruisent le tissu morbide, arrêtent ainsi les progrès de l'ulcération et souvent en provoquent la complète cicatrisation. Le résultat thérapeutique n'est cependant pas toujours aussi parfait. Quand une large surface osseuse est dénudée, comme on le voit assez souvent au crâne, ou quand, aux membres, l'aponévrose d'enveloppe est, dans une vaste étendue, dépouillée des parties molles qui la recouvraient, la réparation est presque impossible, au moins sans l'aide des diverses greffes employées en chirurgie, et souvent la radiothérapie doit se

borner à tenir le mal en échec, ce qui n'est d'ailleurs pas un bienfait négligeable.

Les larges ulcérations épithéliomateuses dont je viens de parler prennent en général assez rapidement, sous l'influence de la radiothérapie, l'aspect d'une plaie de bonne nature. Cependant au cours du traitement cet aspect favorable peut, comme on l'a dit, de nouveau changer et redevenir mauvais.

Les causes auxquelles on peut attribuer un tel changement sont de natures très diverses ; tantôt il s'agit d'une infection secondaire, due par exemple au microbe du pus bleu, comme j'ai eu plusieurs fois l'occasion de l'observer à l'hôpital Saint-Antoine ; il suffit alors de pansements convenables pour que tout rentre dans l'ordre et que l'ulcération épithéliomateuse reprenne sa marche vers la guérison, un moment interrompue. En ce cas l'agent infectieux se révèle manifestement par la teinte anormale des pièces de pansement, mais il est d'autres infections moins évidentes qui peuvent, comme celles du bacille pyocyanique, mettre obstacle à l'action de la radiothérapie : c'est dire que des pansements aussi rigoureusement aseptiques que possible constituent l'adjuvant nécessaire de l'emploi des rayons X. Une cause toute différente et plus nuisible encore consiste dans un excès de dose et particulièrement dans cette forme insidieuse et trop souvent méconnue de l'excès de dose sur laquelle a insisté avec tant de raison M. Belot. Les séances d'irradiations se suivent à intervalles réglés, la dose donnée à chaque séance est exactement mesurée, toujours égale à elle-même. Elle ne semble pas trop forte et les intervalles entre les séances ne sont pas trop courts, puisqu'à la périphérie de l'ulcération la peau saine ne présente aucun signe de radiodermite, et il paraît nécessaire de poursuivre le traitement dans les mêmes conditions tant que le bourrelet saillant de tissu épithéliomateux qui encercle l'ulcération n'a pas disparu. Cependant au centre de cette ulcération où le tissu morbide forme une couche plus mince et où la quantité de rayons absorbés est plus forte en raison de la proximité plus grande de l'ampoule et de l'incidence moins oblique des rayons, les éléments néoplasiques sont détruits beaucoup plus vite qu'à la périphérie ; à ce moment, si on poursuit le traitement, non seulement on met obstacle à la réparation puisque les éléments sains de nouvelle formation sont détruits à leur tour par les rayons X, mais on transforme l'ulcération épithéliomateuse primitive en une véritable ulcération de Röntgen. Dans un cas de ce genre que j'avais dernièrement l'occasion de voir avec M. Darier, l'examen histologique ne révélait plus à notre collègue que deux ou trois petits îlots néoplasiques à la périphérie d'une ulcération du plus mauvais aspect. Comme précepte pratique, il importe donc, à un moment donné, de protéger le centre de l'ulcéra-

tion à l'aide d'une plaque de plomb, tandis que l'on continue à irradier la périphérie et de distinguer au besoin, par des biopsies, les régions encore malades de celles où tout le tissu morbide est détruit.

S'il est vrai que certaines affections épithéliomateuses, d'abord améliorées par la radiothérapie, ont été ensuite aggravées par elle, c'est uniquement par excès de dose, mais c'est le médecin et non la médication qu'il faut ici incriminer.

Des accidents fébriles passagers sont parfois observés au cours du traitement des néoplasmes par les rayons X; ils sont d'ailleurs exceptionnels dans le traitement des épithéliomas cutanés; ces accidents ont été regardés à tort comme l'indice d'une généralisation provoquée par la radiothérapie. Plusieurs observations de volumineux sarcomes traités par la radiothérapie font mention de ces accidents, toujours suivis d'une notable diminution de la tumeur irradiée, et n'aboutissent pas moins à une guérison complète; il paraît donc démontré qu'il s'agit là de phénomènes passagers d'intoxication, dus au séjour dans le sang, avant leur élimination par l'urine, des produits de désintégration provenant de la mort des éléments néoplasiques.

Enfin l'accusation portée contre la radiothérapie, d'être la cause provocatrice de la généralisation des néoplasmes, quand elle se manifeste au cours du traitement, attend encore, je crois, sa démonstration.

Quand on a soin, avant de commencer le traitement d'un malade atteint d'épithéliome, de l'examiner de la tête aux pieds, en notant la marche suivie jusqu'à ce jour par la maladie, d'explorer attentivement la région des ganglions qui dépendent de la lésion, par exemple, dans un cas de cancer de la région mammaire, de chercher dans le creux sus-claviculaire les moindres nodosités, d'explorer attentivement le thorax et de demander au fonctionnement respiratoire, à la percussion des régions sternale et interscapulaire, enfin et surtout à l'examen radioscopique du médiastin, des renseignements sur l'état des ganglions intrathoraciques, alors on peut presque toujours porter un pronostic en connaissance de cause, fixer une limite aux espérances permises et trop souvent prévoir l'apparition d'une généralisation inévitable et déjà réalisée.

Quand cette généralisation prévue se manifeste, il n'est pas possible d'en rendre responsable la radiothérapie.

En me conformant à ces règles je n'ai, pour ma part, jamais observé aucun fait qui me permette de croire que les rayons X convenablement dosés et correctement appliqués soient capables d'accélérer la marche du cancer et d'aider à sa généralisation. Jamais non plus je n'ai rencontré, en France ou à l'étranger dans les divers Congrès de radiologie, un médecin ayant quelque expérience de la radiothérapie sans l'interroger anxieusement à ce sujet, et jamais jusqu'à pré-

sont aucune preuve véritable ne m'a été fournie à l'appui de l'accusation portée contre la nouvelle médication.

Je n'hésite donc pas à penser, tout au moins jusqu'à preuve du contraire, que si l'excès de dose est capable certainement d'aggraver le cancer, la radiothérapie bien dosée n'est jamais nuisible.

A propos des généralisations provoquées par la radiothérapie.

Par M. OUDIN.

Je suis loin d'être le seul à avoir publié des observations d'accidents graves après des séances de radiothérapie sur des tumeurs cancéreuses volumineuses. Je crois que, au contraire, M. Bécclère est un des rares radiothérapeutes qui n'en aient pas observé. Mes observations, dit-il, sont insuffisamment explicites pour qu'il puisse se faire une opinion. Je crois avoir examiné mes malades avec le plus grand soin avant de les traiter. Si je me suis trompé, c'est en bonne compagnie, puisque l'une de mes malades a été suivie par D^r Brouardel, l'autre par le D^r Pochon. Un troisième était un médecin fort intelligent et qui surveillait avec un soin qu'on peut supposer, l'apparition d'accidents viscéraux. Il était impossible chez ces malades de dépister la moindre trace de généralisation, leur état général était aussi bon que possible et, de suite après la radiothérapie, il est devenu mauvais, des tumeurs abdominales ont apparu et évolué avec une rapidité extrême, la fièvre s'est allumée, et des malades que j'espérais guérir en raison de leur excellent état général sont morts cachectiques en quelques semaines. Cette élévation de température, Bécclère l'attribue à la résorption de toxines; je lui ferai observer que M. Pautrier a dernièrement constaté dans les produits de désagrégation de masses cancéreuses après radiothérapie, au milieu de cellules épithéliales nécrosées, des cellules paraissant encore saines avec un noyau très net.

Tout à l'heure M. Bécclère signalait en passant l'action pour ainsi dire élective qu'ont les rayons X pour les cellules jeunes, détruisant les malformations épithéliales et respectant les tissus sains du voisinage. On constate la même sorte d'affinité pour les tissus pathologiques quand on traite les petits épithéliomas cutanés par l'étincelle de haute fréquence.

Les résultats qu'on obtient avec ce traitement sont tout aussi brillants que ceux que donne la radiothérapie; et il est d'une application beaucoup plus simple pour les épithéliomas des paupières où de l'aile du nez. En criblant la tumeur de petites étincelles de résonance pendant quelques secondes, on la voit pâlir, puis prendre une coloration jaunâtre, brune le lendemain de l'opération. L'es-

chare tombe 10 à 15 jours plus tard, et l'ulcération sous-jacente est couverte au bout de quelques jours d'une cicatrice parfaite, souple, lisse, très comparable comme apparence à celle qui suit la radiothérapie. Dans un travail que je publiais dernièrement (1), sur la technique de ce procédé, je terminais en disant: « Je n'ai pas eu l'occasion de traiter par cette méthode des épithéliomas de la langue ou des muqueuses, ni non plus des épithéliomas lobulés contre lesquels M. Darier considère la radiothérapie comme impuissante. Il est cependant probable que l'étincelle de résonance donnera dans ces cas aussi les mêmes brillants résultats, à condition que la lésion ne soit pas trop étendue et qu'il n'y ait pas d'engorgement ganglionnaire ».

M. BÉCLÈRE. — On peut observer certains phénomènes généraux qui sont réellement dus à l'action des rayons X; voici dans quelles circonstances :

Quand on traite de grosses tumeurs sous-cutanées non ulcérées, et par conséquent à l'abri des infections secondaires, il se produit parfois des poussées fébriles d'une certaine intensité : ce fait est fréquent, surtout chez les malades atteints de lymphadénie ou de grosses tumeurs sarcomateuses ; mais ces accès fébriles coïncident habituellement avec une diminution très notable du volume de la tumeur, et ils s'observent chez des malades qui guérissent ; ce ne sont donc nullement des phénomènes de généralisation. Ils sont dus sans doute à une intoxication passagère provoquée par la destruction rapide du tissu néoplasique, et au passage dans le sang, avant leur élimination par l'urine, des produits de désintégration qui en sont la conséquence.

Conditions qui influent sur l'efficacité de la radiothérapie dans les cancers de la peau.

Par M. J. DARIER.

Il y a deux conditions principales qui influent sur l'efficacité de la radiothérapie dans les cancers de la peau.

La première est relative à la *nature des cellules du néoplasme*. J'ai insisté à diverses reprises sur la différence considérable de sensibilité aux rayons X que présentent les épithéliomes spino-cellulaires et les épithéliomes baso-cellulaires, ces derniers seuls paraissant justiciables de ce mode de traitement. Je concluais à la nécessité d'un diagnostic précis, au besoin par la biopsie.

J'ai observé récemment des cas d'épithéliomes spino-cellulaires (cancroïdes de la lèvre ou du gland) qui ont guéri, eux aussi, par la radiothérapie. Mais ces cas sont très peu nombreux et les tumeurs étaient de très minime dimension. Si la différence de sensibilité n'est donc pas absolue, elle reste néanmoins considérable et doit entrer en considération.

(1) Bull. Soc. franç. d'électrothérapie et de radiologie, nov. 1905.

La seconde condition porte sur *l'épaisseur des tissus néoplasiques* à détruire. On m'a présenté plusieurs épithéliomes baso-cellulaires épais de plus de 2 ou 3 centimètres, qui, traités par les rayons, prenaient une marche de plus en plus térébrante. On s'explique le fait si l'on examine histologiquement ces tumeurs volumineuses après radiothérapie : au-dessous de la couche néoplasique à cellules désintégrées par les rayons, couche qui n'a pas plus de 1 1/2 à 2 centimètres d'épaisseur au maximum, j'ai vu l'épithéliome en pleine vitalité et je crois probable que l'irritation contribue à exciter son bourgeonnement.

En conséquence, j'ai l'habitude et je conseille, lorsqu'un épithéliome est volumineux, de commencer par en abraser la majeure partie, à la curette ou autrement, avant de recourir à la radiothérapie, qui dès lors pourra devenir efficace.

Note sur l'histologie des tissus néoplasiques traités par les rayons X.

Par M. L.-M. PAUTRIER.

Je désirerais présenter quelques réflexions ayant trait au côté histologique de cette discussion.

A l'appui de ce que vient de dire M. Darier, touchant l'action négative de la radiothérapie sur les tumeurs profondes, je puis apporter un certain nombre de faits. J'ai eu l'occasion d'examiner, à plusieurs reprises, et de présenter à la Société d'Anatomie, des coupes provenant de cancers du sein traités par la radiothérapie et enlevés chirurgicalement, après échec des rayons X. Dans un de ces cas, en particulier, il s'agissait d'une malade présentant une tumeur du sein droit, avec ulcération et suintement sanguinolent. On sentait sous l'ulcération une tumeur, du volume d'une orange, très dure, bosselée. Sous l'influence d'un traitement radiothérapique prolongé (60 H environ, en 4 mois), la plaie se cicatrisa complètement et la tumeur diminua de volume. Mais il persista une masse, du volume d'un œuf de pigeon, qui ne subit plus aucun changement. Cette masse fut enlevée chirurgicalement, et nous prélevâmes pour l'examen histologique, un fragment situé vers la partie profonde du noyau cancéreux, distante des téguments de 7 centimètres environ. Or, les coupes montrèrent au microscope un carcinome caractéristique, nullement altéré, avec des cellules ne présentant nulle trace de dégénérescence, un tissu épithéliomateux parfaitement vivant. Cette intégrité cellulaire, cette absence d'altérations dues à la radiothérapie, expliquait parfaitement l'insuccès des rayons X.

Un autre point mérite de retenir l'attention : je veux parler des lésions histologiques que l'on observe au niveau des épithéliomas

traités par la radiothérapie. Si l'on fait une biopsie sur une de ces tumeurs, ayant absorbé une dose suffisante de rayons X, au bout de quelques jours, on constate que les grandes travées épithéliales sont en voie de disparition. Elles présentent un aspect trouble et diffus; elles se colorent mal; les limites cellulaires ne sont presque plus visibles; le protoplasma forme des masses granuleuses et opaques; les noyaux ne sont presque plus apparents; ceux qu'on trouve ont l'aspect de petites masses sombres, homogènes. On trouve par places le squelette, en quelque sorte, des globes cornés, s'il s'agit d'épithélioma lobulé corné. La masse cornée centrale est encore un peu apparente, ainsi que les cellules en oignons qui l'entourent; mais, au delà, on ne trouve plus trace de cellules épithéliales que sous forme d'amas protoplasmiques nécrosés, de débris de noyaux. On retrouve ces amas de protoplasma nécrosé et ces débris de noyaux sur presque tout l'ensemble des coupes, remplissant les interstices des fibrilles du tissu conjonctif; on y retrouve également un grand nombre de globules blancs, presque uniquement des polynucléaires. En résumé, le mode d'action de la radiothérapie paraît être le suivant: il se produit d'abord, au niveau des cellules épithéliales, de la tuméfaction trouble suivie, plus ou moins rapidement, d'une fragmentation de la chromatine du noyau et d'une nécrose du protoplasma. Puis la couche basale se rompt; les bourgeons épithéliaux se fragmentent alors, se dissocient, s'émiettent, essaient leurs cellules. La destruction de celles-ci s'achève ensuite par l'intermédiaire des polynucléaires, qui vont faire disparaître leurs débris.

Mais, dans certains cas, au moment où les bourgeons épithéliomateux s'émiettent et mettent leurs cellules en liberté, celles-ci ne sont pas encore toutes nécrosées et détruites. Dans un cas rapporté par M. Leredde, et que j'ai pu étudier histologiquement, où il s'agissait d'un épithélioma lobulé corné de la joue, formant une tumeur fongueuse, végétante, molle, de la grosseur d'une mandarine, et qui disparut comme par enchantement en deux mois, par la radiothérapie, la disparition de la tumeur fut suivie très rapidement d'une infiltration en masse de tout le plancher de la bouche et des ganglions cervicaux.

Or, l'examen histologique, pratiqué après les premières séances, m'avait montré, au milieu de lésions semblables à celles décrites plus haut, la présence de cellules épithéliomateuses parfaitement saines, bien colorées, avec un protoplasma et un noyau parfaitement normaux, disséminées dans le réticulum formé de tissu conjonctif et de fibrine, emprisonnant dans ses mailles des cellules épithéliales altérées, troubles, dégénérées, des masses de protoplasma nécrosé, des débris de chromatine, des globules blancs.

En résumé, dans certaines formes d'épithélioma, lorsqu'il s'agit

de tumeurs molles, volumineuses, en voie d'accroissement, il peut arriver que, lors de l'émiettement des bourgeons épithéliomateux qui se produit sous l'influence de la radiothérapie, un certain nombre de cellules épithéliomateuses encore vivantes, non nécrosées, soient mises en liberté. Il est hors de doute que ces cellules peuvent représenter un élément de contagion cancéreuse possible, si, une fois mises en liberté, elles arrivent à un ganglion, avant d'avoir été détruites par les leucocytes. Dans le cas auquel je fais allusion, l'infection si rapide du plancher de la bouche et des ganglions cervicaux, leur était, à mon avis, imputable.

Ces considérations histologiques doivent amener à une conclusion pratique : celle d'enlever chirurgicalement, soit au bistouri ou à la curette, un épithélioma trop volumineux, avant de faire la radiothérapie.

Cette masse peut évidemment fondre sous l'influence seule des rayons X. Les produits de cette fonte s'évacuent en très grande partie à l'extérieur sous forme de suintement, de lambeaux mortifiés. Mais une partie est certainement drainée par la circulation lymphatique profonde. Je crois qu'il y a donc tout intérêt à réduire cette absorption et à enlever mécaniquement tout ce qui peut être enlevé. En agissant ainsi, non seulement on raccourcit la durée du traitement, mais encore je crois qu'on peut se mettre plus sûrement à l'abri d'une possibilité de récurrence.

Statistique radiothérapique.

Par MM. BALZER et FLEIG.

Nous nous bornerons à apporter dans cette séance, comme modeste contribution, notre statistique depuis le mois de novembre 1905 :

Épithéliomas. — 7 cas traités ; 4 améliorations ; 3 guérisons complètes.

Eczémas. — 11 cas traités ; 9 guérisons.

Lupus. — 2 guérisons ; 3 succès.

Sarcome. — Récurrence dans la cicatrice d'un cas de sarcome opéré par M. Nélaton. 7 irradiations ; 29 H environ ; rayons n° 6. Guérison.

Sycosis. — 4 cas traités et améliorés.

Acne chéloïdienne. — 1 cas ; guérison avec 7 irradiations ; 36 H environ ; rayons 6-7.

Lèpre. — 1 cas encore en traitement. Diminution notable des tubercules.

Lichen simplex. — 1 cas ; guérison ; 3 irradiations avec 17 h environ ; rayons n° 6.

Hypertrophie de la prostate. — 1 cas; grande amélioration dans le nombre des mictions qui sont devenues moins fréquentes, surtout la nuit; diminution du volume de la glande. Le malade est encore en traitement.

Le Secrétaire,
P. DÉHU.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1906.

PRÉSIDENCE DE M. ALFRED FOURNIER.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Sur un cas d'alopecie lépreuse, par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP. — Sur un nouveau cas de lichen de Wilson pemphigoidé, par MM. HALLOPEAU et WEILL. — Ulcus rodens chez une fillette de 3 ans, par M. CH. AUDRY. — Suite et fin d'une observation d'érythrodermie pustuleuse prémonosique terminée par la mort avant l'apparition des tumeurs, par MM. AUDRY et COMBÉLÉAN. — Sur l'apparition d'exanthèmes identiques après l'ingestion d'antipyrine, d'aspirine et de pyramidon, par M. HALLOPEAU. — Action locale du traitement mercuriel sur les syphilides du visage, par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP. — Sur le foyer lépreux des environs de Guingamp, par MM. HALLOPEAU et ROY. (Discussion: M. JEANSELME.) — Sur deux cas de lèpre bretonne, par M. E. JEANSELME. — Kératodermie palmaire et plantaire familiale, par MM. BALZER et DESHAYES. — Trichophytie cutanée chez un toucheur de bœufs, par MM. BALZER et DESHAYES. — Épididymite blennorrhagique double avec suppuration, par MM. BALZER, FLEIG et TANSARD. (Discussion: MM. GRIFFON, DANLOS.) — Syndrome rappelant le xeroderma pigmentosum au cours d'un épithélioma gastrique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Sarcome globo-cellulaire multiple hypodermique (type Perrin) chez un enfant de 6 mois, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Lèpre mixte (2^e mémoire). Étude des ulcérations des lépreux, par MM. DE BEURMANN, ROUBINOVITCH et GOUGEROT. — Autopsie de lèpre mixte (3^e mémoire). Lésions viscérales: foie, rate et testicules lépreux. La sclérose lépreuse, par MM. DE BEURMANN, ROUBINOVITCH et GOUGEROT. — Herpès circiné trichophytique chez un enfant de 15 jours, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

Ouvrages offerts à la Société.

FRANÇOIS-DAINVILLE. — *Les troubles de la nutrition et de l'élimination dans les dermatoses diathésiques.* Paris, 1906.

A. LONGIN. — *Les hybrides de syphilis et de lupus.* Paris 1905.

DE BEURMANN, ROUBINOVITCH et GOUGEROT. — *Les troubles mentaux dans la lèpre.* Extr. Bull. médic. 1906.

Sur un cas d'alopecie lépreuse.

Par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP.

En règle générale, le cuir chevelu reste indemne chez les malades atteints de la lèpre; c'est même le plus souvent un des traits les plus caractéristiques de leur physionomie que la coïncidence d'une abondante chevelure avec une déglabration complète de tout le

visage, y compris les sourcils. Aussi avons-nous constaté avec surprise, chez le malade que nous avons l'honneur de vous présenter, l'existence d'une alopecie qui paraît bien se développer sous l'influence de cette maladie.

Le malade a contracté la lèpre en Espagne. Il est atteint d'une forme mixte; des tubérosités occupent le visage et les membres; les yeux sont profondément altérés, les sourcils sont tombés, les extrémités sont anesthésiées.

Le malade rapporte qu'il y a quatre jours, en une nuit, ses cheveux sont tombés brusquement sur les parties latérales de la tête. *Du côté droit*, on y remarque, sur une étendue de 8 centimètres de longueur sur 6 centimètres de largeur, une partie presque complètement dénudée. Elle est située à la partie antéro-latérale du crâne. Les cheveux sont tombés en partie en foyers multiples, de manière à rappeler l'alopecie en clairière de la syphilis. Ces foyers n'ont aucune régularité; dans aucun d'entre eux la chute des cheveux n'est complète. Il y a plutôt dans toutes ces plaques une grande raréfaction des cheveux; cependant, vers le milieu, la dénudation est plus prononcée. Les cheveux deviennent rares sur une bande verticale à contours sinueux, qui s'étend sur 8 centimètres verticalement, sur 1 à 2 transversalement. Elle se continue en haut jusqu'au sommet du crâne, avec une plaque où les cheveux sont également très raréfiés. L'altération doit remonter à un certain temps car, à côté de cheveux de dimension normale, on en voit d'autres atrophiés. L'un d'eux est ondulé. Les cheveux atrophiés résistent à la traction. La couleur du cuir chevelu ne paraît pas altérée dans la région. Il est possible de l'y plisser, contrairement à ce qui existe dans les autres régions. Les cheveux sont également raréfiés en arrière, au-dessus de l'oreille. A la partie supérieure de la barbe, contiguë au cuir chevelu, il y a également une raréfaction des cheveux. On en voit un grand nombre de petits, les uns épais, les autres minces, quelques-uns flexueux. A ce niveau, la peau est épaissie, rouge, un peu indurée.

Sur le côté gauche du cuir chevelu, mêmes altérations, moins prononcées.

Les poils des aisselles, du pubis, de la région présternale sont intacts, ainsi que ceux des moustaches.

Nous croyons pouvoir rattacher à la lèpre cette alopecie; il ne s'agit pas, en effet, d'une pelade; les contours irréguliers des plaques, ce fait que les cheveux sont incomplètement tombés, leur aspect qui n'est nullement massué, l'absence d'apparence éburnée permettent de rejeter ce diagnostic. Il n'y a pas eu d'autre part, dans la partie atteinte, d'éruptions accidentelles; il ne s'agit pas d'un arrachement volontaire; il ne s'est pas produit, en dehors de la lèpre, de troubles de la santé générale. On constate enfin, autour des plaques, l'existence de lépromes. Il s'agit donc d'une manifestation, considérée comme rare, de la lèpre. Nous nous promettons d'en suivre l'évolution et de la faire connaître à la Société.

Mais cette rareté est-elle bien démontrée? Sur les 10 autres lépreux que nous avons dans notre service, il en est un, le nommé de H..., atteint d'une forme mixte, qui présente également un

éclaircissement très notable de la chevelure, avec aspect grêle des cheveux et facilité de plissement de la peau dans les deux régions temporales.

Nous nous promettons de poursuivre cette enquête.

Nous pouvons considérer dès à présent comme établi qu'il existe une alopécie lépreuse et que cette alopécie diffère des autres par les caractères énumérés ci-dessus.

Sur un nouveau cas de lichen de Wilson pemphigoïde.

Par MM. HALLOPEAU et WEILL.

Depuis que Kaposi a signalé l'existence de bulles dans le lichen planus, d'autres observations de cette nature ont été publiées ; le plus souvent, il s'est agi de soulèvements partiels au pourtour de papules typiques. Chez le malade qui fait l'objet de cette communication, l'éruption de lichen a été, au contraire complètement masquée pendant plusieurs mois par la dermatose pemphigoïde ; son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

Malade âgée de 60 ans.

Au mois de juin 1905, elle aperçoit par hasard des élevures d'un rouge sombre, polygonales, luisantes sur le ventre et sur les membres. Elles étaient très nombreuses, presque confluentes, et s'accompagnaient de démangeaisons des plus intenses qui l'empêchaient de dormir, si bien qu'elle passait ses nuits assise dans un fauteuil.

Nous portâmes le diagnostic de « lichen de Wilson ».

Cet état dura jusque dans les premiers jours de septembre ; les démangeaisons devinrent alors beaucoup moins vives, et on remarqua que les bulles apparaissaient sur le membre inférieur ; leur volume variait de celui d'un petit pois à celui d'une olive ; leur contenu louche est devenu bientôt opalescent, puis, pour certaines, franchement purulent, pour d'autres scorbutique.

Ces bulles se propagèrent rapidement sur tout le corps, devenant confluentes par endroits.

Certaines s'ouvraient spontanément, d'autres étaient percées avec des aiguilles flambées. Chaque poussée durait environ huit jours, mais les éruptions se succédaient presque sans interruption.

Chaque poussée était précédée d'une élévation de la température, qui montait quelquefois à 39°,5.

Cependant les fonctions digestives se faisaient bien ; la langue était bonne et la malade ne présentait pas d'anorexie.

L'analyse des urines les montra indemnes de sucre et d'albumine.

Le traitement général par l'arsenic, le salicylate de soude, le collargol, paraissait rester impuissant. Néanmoins les poussées se faisaient plus rares, et, vers le commencement de novembre, il ne restait plus que les excoriations résultant des bulles antérieures.

Les 19 et 29 novembre, M. Laffitte administra sa nucléine.

Le 2 décembre, il survint un violent frisson et la température monta brus-

quement à 40°.8; puis survint une poussée générale de bulles, beaucoup plus volumineuses que les précédentes; quelques-unes étaient purulentes. A ce moment, apparut, sur le bord droit de la langue, un soulèvement bulleux.

Quelques jours après, la fièvre tomba, les bulles disparurent peu à peu, et la cicatrisation des excorations se fit sans réapparition de poussée nouvelle.

La malade était faible et anémiée; on constate à ce moment l'existence d'un œdème des membres inférieurs, qui remonte à droite jusque dans la région fessière.

L'administration de moelle fraîche de veau, conseillée par un de nos confrères, provoqua au bout de trois jours des vomissements avec dégoût profond, et les fonctions digestives restèrent profondément troublées pendant plusieurs semaines.

A ce moment apparaît un symptôme nouveau: la malade éprouve des accès de dyspnée avec suffocation nocturne ressemblant à des accès d'asthme; l'examen des urines y révèle la présence de 2^{sr},30 d'albumine par litre, une diminution anormale des chlorures (1^{sr},31), 22 grammes d'urée, 0^{sr},64 d'acide urique, des cylindres hyalins en proportion notable, de rares cylindres granuleux.

Le régime lacté et achloruré fait baisser le taux de l'albumine à 30 centigrammes, mais les œdèmes persistent.

Le 10 janvier, il n'y a plus ni ulcération, ni bulles, mais des plaques achromatiques avec hyperpigmentation à leur périphérie se dessinent autour des éruptions antérieures. Le lichen plan qui, pendant toute la durée de cette éruption bulleuse, s'était trouvé masqué, reparaît avec ses caractères typiques; il est partout confluent et ne fait défaut qu'au visage.

Ce fait a été remarquable par l'abondance, le volume considérable et la reproduction, pendant plusieurs mois, des éruptions bulleuses. Occupant toutes les parties atteintes de lichen, elles ont complètement, pendant toute leur durée, rendu méconnaissable cette dermatose. *Le diagnostic a été rendu impossible et l'idée d'un pemphigus se présentait si impérieusement à l'esprit, que nous avons la crainte d'avoir commis une erreur en admettant, lors de nos premiers examens, qu'il s'agissait d'un lichen.* L'évolution de la maladie est venue montrer qu'il n'en était rien.

Il ressort de notre observation que *l'éruption pemphigoïde du lichen de Wilson peut, pendant plusieurs mois, dominer la scène morbide, présenter d'incessantes et nouvelles poussées, s'accompagner de violents accès fébriles, se compliquer d'albuminurie avec œdème des membres inférieurs et laisser à la suite de larges macules décolorées avec hyperpigmentation périphérique.*

Le pronostic, malgré le caractère fâcheux des accidents, reste beaucoup moins grave que celui du pemphigus vrai; les éruptions bulleuses peuvent cesser complètement ou se restreindre beaucoup. L'amélioration durable est survenue après l'ingestion de deux doses de nucléine conseillée par M. Laffitte.

Ulcus rodens chez une fillette de 3 ans.

Par M. CH. AUDRY.

On m'amène une fillette de 3 ans, bien portante, blonde, et sans aucune anomalie congénitale. Depuis huit mois, elle présente une petite lésion à la base du nez, à droite de la ligne médiane. C'est une saillie d'un rouge fauve ovalaire, indolente, un peu moins grande qu'une lentille, placée sur la peau saine. La lésion a toujours été recouverte d'une petite squamo-croûte qui tombe et se renouvelle. Point d'infiltration.

En enlevant avec une curette une petite squame fort adhérente, on découvre une petite érosion superficielle, à fond jaunâtre, inégale, exsudant un peu de sérosité. Le tout est absolument semblable à un nodule d'ulcus rodens vulgaire. La curette amène d'un coup toute la lésion. Thermo-cautère.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit bien d'un petit épithélioma végétant faiblement dans la profondeur, sans globes cornés, etc. C'est la structure de l'ulcus rodens vulgaire.

J'ai rencontré une lésion semblable, mais encore beaucoup mieux reconnaissable chez un petit garçon de 22 mois, qui la portait depuis plus d'un an. Mais comme je n'avais pas pu faire d'examen histologique, je n'ai pas publié le cas.

Dubreuilh et Auché ne citent pas d'observations où les malades aient eu moins de 10 ans.

Je suis persuadé que l'ulcus rodens n'est pas très rare chez les jeunes enfants.

Suite et fin d'une observation d'érythrodermie pustuleuse prémycosique terminée par la mort avant l'apparition des tumeurs.

Par MM. CH. AUDRY et COMBÉLÉRAN.

La première partie de cette observation a été publiée par l'un de nous dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* (en mai 1903, p. 432). M. le Dr Dalous a présenté à la Société, en décembre 1903 (p. 991 des *Annales*), l'examen histologique d'un infiltrat qui en provenait. L'observation initiale s'arrêtait en avril.

L'histoire de la maladie, depuis ce moment jusqu'au 5 novembre, se trouve rapportée dans la thèse de Faulong (*Variétés pustuleuses du prémycosis fongicide*; Toulouse, 1903-1906). Mais nous allons la reprendre, en la résumant, au mois d'avril, pour la conduire jusqu'à la mort de la malade.

En avril, rougeur très étendue du tégument. La face est tendue, luisante, immobilisée; les paupières et les lèvres peuvent à peine se fermer. Suintement séro-purulent se desséchant en croûtes jaunâtres.

Le 15 avril, tuméfaction sous-cutanée du volume d'une noix.

Le 25 avril, autre tuméfaction un peu plus volumineuse au niveau de la

hanche gauche; elles sont assez mal circonscrites, assez fermes, recouvertes d'une peau à peine modifiée. Toutes deux disparurent en quelques jours. Sur la plante des pieds, apparition et chute de grands placards croûteux qui tombent en laissant de vastes érosions. Diarrhée.

2 mai. — Œdème notable des grandes lèvres. Il persiste du côté gauche.

10 mai. — Radiothérapie.

10 juin. — Amélioration notable. La face est presque redevenue normale. La face, les mains, les bras, le cou n'offrent plus qu'un peu de rougeur. Le prurit est moindre; l'état général meilleur. La malade a fait, du 10 mai au 10 juin, 8 séances de radiothérapie (3 sur la face, 2 sur les organes génitaux, 2 sur les pieds, 1 sur les mains).

Du 12 au 19 juin. — Poussée érythrodermique à peu près généralisée, avec pustules en arrière et au-dessous des oreilles. Cette poussée céda rapidement, sauf les pustules.

25 juin. — Large phlyctène laissant une érosion sur la face interne de l'une et l'autre cuisse.

Du 3 au 5 juillet. — Poussée érythrodermique sur le bras droit; fièvre (38°,5).

11 juillet. — Cette poussée a disparu, mais des pustules nombreuses sont apparues brusquement sur la nuque. Le 20 juillet, les pustules se répandent sur le cou, puis le 25 juillet, sur les bras.

1^{er} août. — Ces accidents ont disparu, après exfoliation, mais la malade offre de la diarrhée et de la fièvre (39°,2). Jusqu'au 22 août, la diarrhée, la fièvre, les poussées érythrodermiques se succédèrent. La radiothérapie avait été abandonnée.

Le 30 août, la malade était en bon état : l'appétit passable, les forces satisfaisantes, la peau en bonne voie.

Le 15 septembre, la malade voulut partir pour Luchon. La face était blanche et lisse; le cuir chevelu presque sain; les bras dégonflés, souples, recouverts d'un épiderme brun et un peu squameux. Le prurit a beaucoup diminué. Il n'y a plus ni eczématisations, ni infiltrats, ni pustules; les cuisses et les jambes sont encore un peu rouges et gonflées ainsi que la grande lèvre gauche. L'état général est très bon.

Le 3 novembre, l'état général est bon; un peu de rougeur et de desquamation sur le front; les mains rouges et gonflées. Les cuisses en bon état; la jambe gauche gonflée et dure; au-devant du tibia, ulcération circulaire, peu profonde, à fond sanieux, douloureux; ulcération semblable sur la jambe droite. Un peu d'eczématisation sur les épaules. Il reste quelques ganglions inguino-cruraux, mais ils n'ont nullement augmenté depuis six mois; au contraire.

Le 5 décembre, la malade entre à la clinique, ramenée par les ulcérations des jambes, très douloureuses.

Le 26 décembre, la malade est très fatiguée par un prurit continu et insupportable. Apyrexie. La peau de la face est rouge, amincie, squameuse. Surfaces rétro-auriculaires suintantes. Cheveux très rares, courts; cuir chevelu rouge, squameux, croûteux.

Sur le cou et le thorax, le tégument est rouge, infiltré, squameux, couvert de traces de grattage; en dehors de l'un et l'autre sein, petites ulcérations.

Même état des bras; les mains saines. Le dos est rouge, tendu, infiltré, semé de petites ulcérations. Les grandes lèvres sont gonflées. La cuisse droite est rouge et eczématisée. La jambe et le pied sont lisses, squameux; la plante du pied offre une large érosion suintante et saignante. L'ancienne plaie de la jambe est en voie de cicatrisation, recouverte d'une croûte. La peau de la cuisse gauche est lichénifiée, l'ulcération de la jambe persiste. Sur les bords du pied, petites ulcérations. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

5 janvier 1906. — Face améliorée. Sous la peau du thorax, à gauche, au-dessus du sein, on sent quelques nodules gros comme un noyau de cerise. Le prurit est moindre. Ulcérations superficielles nombreuses du dos et des fesses. Le sommeil est un peu revenu. Mais les mouvements sont tous très douloureux. Rate, foie normaux.

Le 10 janvier, amélioration notable; on a employé les badigeonnages au bleu de méthylène, et surtout les pansements au vin aromatique. Les ulcérations des jambes sont réparées. Pas d'adénites nouvelles.

12 janvier. — Somnolence, dépression, presque semi-coma.

Du 14 au 18 janvier, mieux.

Le 18, ulcération des plantes. Le 23 janvier, elles sont étendues à toute cette surface. Bleu de méthylène. Amélioration pour le reste.

Le 30, les plantes des pieds sont presque guéries.

Le 8 février, poussée sur la face. Pas d'albumine dans les urines.

Le 12, l'érythrodermie se généralise. Prurit. Suintement fétide, abondant par les érosions du dos.

Le 20, la malade se cachectise rapidement. Le dos, les talons sont couverts d'immenses érosions qui suintent abondamment. Douleurs. Prurit. État général misérable. La malade ne s'alimente plus.

Jusqu'au 7 mars, même état, de plus en plus grave.

Du 8 au 10, semi-coma et agonie. Mort le 10.

AUTOPSIE (24 heures après). — Le corps est extraordinairement amaigri.

Thorax : Adhérences anciennes des deux plèvres, plus prononcées à droite.

Les deux poumons parfaitement sains, sauf deux petits nodules, très anciens, cicatriciels, durs, au sommet gauche. Un peu de sérosité dans le péricarde. Cœur petit, sain, pesant 230 grammes. Aorte normale.

Abdomen : Tout l'intestin est rétracté, vide, petit, blanc. Il n'y a plus de graisse épiploïque; pas de liquide dans le péritoine; pas de ganglions anormaux. Appendice sain; pancréas normal, ainsi que le foie qui pèse 1470 gr. et la rate qui pèse 110 grammes.

Pas de lésions macroscopiques des deux reins ni des capsules surrénales; toutefois le rein gauche pèse 130 grammes et le droit 160 grammes: ce dernier est fortement congestionné. Pas d'anomalie du côté de l'utérus et des ovaires.

La vessie était distendue, mais saine.

On ne put pas faire une autopsie plus complète.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Rein droit : Néphrite épithéliale diffuse, probablement récente; épithélium bas, mal distinct, bordure en brosse; quelques cylindres, etc. Vaisseaux dilatés et gorgés de sang. Pas de lésions interstitielles.

Foie : Normal.

Peau : Des fragments de la peau ulcérée du dos montrent un épiderme érodé, réduit à 2 à 3 couches de Malpighi, par endroits; à la surface, nombreux diplocoques. Les papilles sont normales de dimension, œdémateuses. Dans la zone sous-papillaire, le derme est le théâtre d'une infiltration diffuse, formée surtout de lymphocytes, avec quelques mastzellen. Ni dans l'épithélium, ni dans le derme, rien ne rappelle les altérations habituelles du mycosis, telles qu'elles sont signalées dans le précédent examen de M. Dalous.

Sang (à la date du 18 janvier) (par M. Dalous) :

Hématies.....	3.800.000
Leucocytes.....	12.000
Polynucléaires neutrophiles.....	80 p. 100
Lymphocytes.....	12 —
Mononucléaires.....	6 —
Éosinophiles.....	2 —

Pas de formes anormales. Recherche infructueuse d'hématozoaires.

Rate (Dalous) :

Augmentation du nombre et du volume des travées fibreuses, pauvres en fibres musculaires lisses.

Les artérioles des glomérules de Malpighi sont entourées d'une épaisse gaine fibreuse.

Les glomérules de Malpighi sont de petit volume, mais les cellules lymphoïdes qui les composent ne sont pas modifiées.

Dans la pulpe splénique, le réticulum délicat est remplacé par une gangue épaisse, dans laquelle se trouvent éparées des cellules lymphoïdes et des polynucléaires; on n'y voit pas de grands mononucléaires.

Dans les travées fibreuses, au voisinage de la pulpe et autour des veines, infiltration pigmentaire notable.

Sclérose de la rate, avec infiltration pigmentaire.

Surrénales :

Aucune altération.

En résumé : érythrodermie mycosique à forme clinique inaccoutumée, évoluant en 6 ans, terminée par la mort avant les tumeurs.

La malade a succombé à la cachexie, et sa fin paraît avoir été hâtée par une néphrite terminale en rapport avec des érosions de décubitus infectées.

La radiothérapie a une action salutaire mais tout à fait éphémère.

Rien dans l'histoire, ni surtout dans l'autopsie de cette malade, ne permet d'accepter l'idée de ceux qui considèrent comme essentiels les rapports du mycosis fongoïde avec une variété quelconque de leucémie.

On ne peut s'empêcher de revenir à l'hypothèse du mycosis, maladie infectieuse déterminée par un parasite inconnu, probablement un hématozoaire que l'on n'a pas encore réussi à déterminer.

**Sur l'apparition d'exanthèmes identiques après l'ingestion
d'antipyrine, d'aspirine et de pyramidon.**

Par M. HALLOPEAU.

L'étude des accidents qui sont survenus chez M^{me} K..., à la suite de ces diverses influences médicamenteuses, nous a permis de constater plusieurs faits qui n'avaient pas, à notre connaissance, été encore signalés et que nous allons essayer de mettre en relief.

Cette observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

M^{me} K..., âgée de 57 ans, a commencé, il y a six ans à faire usage de l'antipyrine; dès lors, ce médicament a provoqué constamment chez elle, dans les heures qui ont suivi son ingestion, l'apparition de taches érythémateuses qui se sont localisées toujours dans les mêmes régions, c'est-à-dire la cuisse et la jambe gauches, le bas-ventre, le pouce gauche : cette dernière éruption s'accompagnait de gonflement; celle de la partie supéro-interne de la cuisse était la plus étendue, elle coïncidait avec un soulèvement bulleux. Au bout de quelques jours, cette éruption disparaissait en laissant après elle des taches pigmentées qui ne s'effaçaient que lentement.

Il y a deux ans, dans le but d'éviter ces accidents qui ne laissaient pas que d'être pénibles, la malade a remplacé l'antipyrine par l'aspirine : mêmes résultats; de plus, il se produit un gonflement passager de la vulve.

Il y a huit jours, M^{me} K... prend un cachet contenant 30 centigrammes de pyramidon : une heure après, les parties génitales se tuméfient et deviennent douloureuses; il survient de la dysurie; l'urine coule goutte à goutte au prix d'efforts pénibles; le lendemain apparaissent des taches dans chacune des régions où elles avaient été provoquées précédemment par l'antipyrine et l'aspirine; la plaque de la cuisse devient le siège d'un soulèvement bulleux; le gonflement vulvaire augmente et s'accompagne d'une éruption vésiculo-pustuleuse; depuis trois jours, le gonflement et la douleur ont diminué d'intensité. Actuellement, les plaques érythémateuses persistent; elles ne disparaissent que très incomplètement sous la pression du doigt; elles sont d'un rouge sombre : leur distribution n'est nullement symétrique; elles ont donc les caractères habituels des éruptions antipyriniques; la plaque de la cuisse mesure 12 centimètres verticalement sur 6 d'avant en arrière : elle est encore le siège du soulèvement bulleux; les petites lèvres restent rouges, tuméfiées et exulcérées.

En résumé, les exanthèmes qui sont survenus successivement chez cette personne sous l'influence de l'aspirine et du pyramidon ont été identiques à ceux qui avaient été certainement produits par l'antipyrine; nous noterons comme insolite la localisation vulvaire.

Il est intéressant de constater que des médicaments aussi différents par leur composition chimique que l'antipyrine et l'aspirine donnent lieu à des effets identiques : il faut invoquer, pour les expliquer, une singulière idiosyncrasie.

Mais cette *idiosyncrasie* est-elle propre à la malade pour chacun des trois médicaments ou provoquée pour chacun des deux derniers par l'influence primordiale de l'antipyrine ? La question ne pourra être résolue que par une étude comparative des éruptions produites par chacun de ces deux médicaments pris isolément. Nous n'avons pu nous procurer le texte des observations publiées jusqu'ici d'exanthèmes aspiriniques; pour ce qui est du pyramidon, plus voisin par sa composition chimique de l'antipyrine, bien qu'il en diffère encore très notablement, c'est la première fois, à notre connaissance, qu'une éruption peut être mise à son passif, du moins n'en avons-nous pas trouvé mention dans nos recueils de dermatologie.

Il est possible que l'antipyrine, une fois entrée dans l'organisme, y crée des centres multiples de *minoris resistentiæ* : mais en quoi consiste cette modification des tissus ? comment se maintient-elle pendant des années ? comment expliquer ces localisations si diverses et si peu systématisées ? il y a là toute une série de questions auxquelles il sera malheureusement impossible, selon toute vraisemblance, de répondre d'ici longtemps et que nous ne pouvons que poser.

Action locale du traitement mercuriel sur les syphilides du visage

Par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP.

Nous présentons de nouveau ce malade sur lequel nous avons appelé, dans la dernière séance, l'attention de la Société.

Sous l'influence d'un traitement par des injections d'huile grise et par l'iodure de potassium, auquel M. Laffitte a ajouté l'administration de sa nucléine, il s'est produit pourtant une notable amélioration, les tubercules se sont affaîssés; la pigmentation a diminué. Mais, si l'on compare l'éruption du tronc et des membres avec celle du visage, on constate que cette dernière région est beaucoup plus profondément modifiée; il n'y a plus d'élevures, et la pigmentation s'est presque entièrement effacée. Or, elle a seule reçu un traitement spécifique local sous forme d'une pommade contenant un quarantième de calomel : les parties découvertes ayant en général tendance à se pigmenter avec plus d'intensité que les autres, nous nous croyons en droit de rapporter à ce traitement local l'amélioration frappante qui s'y est produite depuis un mois.

M. DANLOS. — L'action locale favorable du mercure est absolument démontrée et de constatation journalière. Elle est du reste très anciennement connue. Je me rappelle que M. Lailler, quand j'étais son interne, employait déjà dans le traitement des syphilides secondaires rebelles (lichen

ou acné syphilitique généralisés), la pommade au biiodure au 100°, au 50°, ou même au 25°; et sous l'action de celle-ci j'ai vu disparaître très rapidement des efflorescences cutanées tenaces. Cette pratique est devenue la mienne et je l'emploie de temps à autre avec le même succès que mon ancien maître.

Sur le foyer lépreux des environs de Guingamp.

Par MM. HALLOPEAU et ROY.

Nous avons, depuis une dizaine d'années, dans notre service le nommé Le B..., atteint d'une forme grave de lèpre mixte; le diagnostic, de toute évidence par le seul examen clinique, a été confirmé par la recherche avec résultats positifs du bacille de Hansen, pratiquée par M. Jeanselme. Or Le B.... est né à Grâces, à 1 500 mètres de Guingamp. Après avoir fait deux ans de service militaire à Rennes, il a quitté son pays à l'âge de 25 ans pour aller en Normandie séjourner en qualité d'infirmier dans l'asile de Pont-l'Abbé-Sicaucville. Sa lèpre a débuté environ un an après; il paraissait bien s'agir d'un cas d'origine bretonne, c'est devenu une certitude.

En effet, il y a quelques jours, Marie C..., âgée de 60 ans, atteinte d'une lèpre mixte, nous a été adressée par notre confrère M. H. Leroux qui la soignait depuis deux ans à l'hôpital Saint-Joseph; chez elle également, le diagnostic a été confirmé par la présence, dans un tubercule biopsié, de bacilles de Hansen qu'a trouvés M. Lorrain, chef de laboratoire.

Or, Marie C... est née à Bourbriac, village situé à 5 kilomètres de Grâces, et elle ne l'a quitté qu'il y a deux ans pour venir à Paris. Sa maladie avait débuté environ un an auparavant.

Dès lors, le cas de Le B... n'était plus isolé, et l'existence d'un foyer endémique de lèpre aux environs de Guingamp devenait bien vraisemblable. Dans le but d'élucider la question, nous nous sommes renseignés auprès de M. le Dr Vincent, de Guingamp. Or, une lettre de ce très honoré confrère nous apprend qu'il a soigné, dans une commune voisine de Grâces et de Bourbriac, trois lépreux atteints de manifestations très analogues à celles que présente Le B....; d'autre part, un de nos confrères de Guingamp lui a affirmé avoir vu dans la région une dizaine de lépreux.

Il est donc bien établi par ces faits qu'il existe dans les environs de cette localité un foyer endémique de lèpre.

Il y aura lieu de rechercher, là comme sur la Riviera, comment se fait la transmission et pourquoi elle a lieu dans cette contrée alors qu'elle fait défaut à Paris.

M. JEANSELME. — La coexistence de deux cas de lèpre tuberculeuse observés dans le département des Côtes-du-Nord, sur deux Bretons vivant à quelques kilomètres l'un de l'autre, est assurément un fait digne d'intérêt. En octobre 1896, avec M. le Dr Corson (de Guingamp), je visitai la région de Pederne, où avait vécu François Le B...; nos recherches furent infructueuses. Pour que l'enquête fût complète, il aurait fallu visiter l'asile d'aliénés de Pont-l'Abbé-Picauville, où Le B... était gardien, en 1892, quand il présenta les premiers signes de la lèpre. Cet établissement est situé dans l'arrondissement de Coutance, à quelques kilomètres de la mer. La localité, paraît-il, fournit beaucoup de marins qui font la pêche sur la côte d'Islande, où, comme on le sait, la maladie est endémique. Actuellement, il ne me paraît pas possible de décider si les quelques cas signalés en Bretagne sont dus à la réviviscence de l'ancienne lèpre bretonne ou à une importation étrangère.

Grâce à l'obligeance de MM. les Drs Prouff (de Morlaix), Mesguen (de Lesneven), Servet (de Saint-Pol-de-Léon), Guibert (de Saint-Brieuc), Corson (de Guingamp), j'ai pu étudier un certain nombre de Bretons atteints de maladie de Morvan. La plupart de ces cas m'ont paru se rattacher à la syringomyélie, car les réflexes rotuliens étaient exagérés et la scoliose manifeste (1). Sur deux malades, j'ai fait, sans résultat, la recherche du bacille de Hansen au niveau de taches achromiques ou pigmentaires (2).

Kératodermie palmaire et plantaire familiale.

Par MM. BALZER et DESHAYES.

Le Musée de l'hôpital Saint-Louis possède un important moulage de kératodermie palmaire et plantaire (n° 1173) qui a été déposé par notre éminent maître, M. E. Besnier, avec la note suivante :

« *Kératodermie congénitale symétrique des extrémités. Ichthyose locale.* — La kératose occupe la totalité de la région anatomotopographique palmaire et plantaire, c'est-à-dire les régions essentielles de la kératinisation; elle atteint son maximum là où la couche cornée est normalement la plus épaisse et au niveau des points maxima de pression. La couleur noire est due aux poussières communes et la coloration verdâtre à la profession du sujet qui est mouleur en cuivre. On peut suivre à la loupe tous les détails des lésions, voir les rhagades de la corne, le développement gigantesque du revêtement corné des papilles. »

Le malade qui a été l'objet de cette note très explicite vient de rentrer dans notre service. Il n'était pas revenu à l'hôpital depuis

(1) E. JEANSELME. Syndrome de Morvan, syringomyélie et lèpre. *Société médicale des hôpitaux*, 30 juillet 1897.

(2) E. JEANSELME. *Société médicale des hôpitaux*, 12 février 1897.

vingt ans. Il nous a paru utile de compléter sur certains points les données importantes déjà fournies sur son cas par M. E. Besnier, notamment en ce qui concerne l'histoire de la famille du malade. Celui-ci a rectifié un détail de la note ci-dessus ; il n'est pas mouleur, mais bien tourneur en cuivre.

OBSERVATION. — Schumacher..., aujourd'hui est âgé de 63 ans et exerce la profession de tourneur en cuivre. Il est entré à l'hôpital pour une kératodermie symétrique qui par son développement intense est arrivée à lui interdire son travail habituel.

Il a déjà été soigné en 1886, par le Dr Besnier, qui a fait exécuter le moulage déposé au Musée sous le n° 1173, et l'avait alors considérablement amélioré en lui mettant alternativement des gants de caoutchouc et des pansements salicylés.

Le malade est atteint depuis sa naissance ; la paume des mains et la plante des pieds, qui étaient au début simplement écailleuses, se sont petit à petit durcies et hypertrophiées pour arriver à l'aspect si caractéristique qu'elles présentent maintenant. Le revêtement épidermique y forme en effet une masse noirâtre, épaisse de plusieurs millimètres sur certains points ; il est fendillé, feuilleté, avec les plis papillaires très accusés ; il se divise en plusieurs segments, séparés au niveau des plis de flexion par de profondes fissures allant jusqu'au derme et qui deviennent parfois douloureuses ; de plus, l'abondance de la prolifération cornée rend les mains maladroites en les empêchant de serrer fortement les objets.

La limite des lésions des paumes est exactement le plan antérieur des mains, y compris les doigts jusqu'aux ongles qui sont fortement incurvés dans le sens de la flexion des doigts.

Mais nulle part elles ne passent sur la face dorsale. Elles ne dépassent pas les plis des poignets. Depuis un an le malade ressent une faiblesse dans la main droite, les outils lui échappent de la main. Il ne peut plus travailler. Les doigts sont déformés, les deux premières phalanges paraissant en extension et la phalangette en demi-flexion. La main gauche présente les mêmes déformations, moins accentuées. Elle est un peu plus forte que la main droite. Pas d'hyperhidrose.

Aux pieds, les lésions sont analogues mais un peu moins fissuraires, sauf aux talons où existent de profondes crevasses ; le maximum d'épaisseur est au niveau des points d'appui de la voûte plantaire, tandis que la partie concave qui ne supporte pas de pressions est relativement indemne.

La kératodermie est nettement limitée à la région plantaire. Les orteils et les plis sont un peu incurvés dans le sens de la flexion.

Notre sujet a d'ailleurs une excellente santé, à part l'affaiblissement des membres supérieurs et une fatigue fréquente des jambes due probablement à l'âge et à la profession fatigante qu'il a exercée depuis l'âge de 15 ans.

Nous attirerons l'attention sur ce point qu'il est d'une famille où la kératodermie symétrique est fréquente : le fait est bien connu déjà, mais il n'est pas toujours aussi net qu'ici.

Le père de ce malade et la sœur de son père présentaient exactement la

même affection que lui et pareillement localisée; il en était de même pour quatre des enfants, le malade actuel, et trois frères ou sœurs.

La fille aînée de notre malade qui est morte jeune, a présenté pendant les quelques années de sa vie les lésions caractéristiques de la même affection. Ses huit autres enfants n'ont pas été atteints et il est possible que l'affection ne continue pas dans la famille, l'hérédité étant ordinairement directe. Ce caractère cependant n'est pas absolu, car on y a signalé quelques exceptions.

* *

Notre but étant ici simplement de compléter l'histoire du moulage de M. E. Besnier, nous ne ferons pas de longues réflexions sur l'observation de ce malade. Nous rappellerons seulement à ce propos les publications de Ehlers sur le mal de Meleda, et nous renverrons le lecteur à l'article de W. Dubreuil sur la kératodermie symétrique des adultes, dans la *Pratique Dermatologique*, t. II. Nous avons trouvé aussi dans les *Annales de Dermatologie* quelques observations nouvelles d'Audry, Brault, Pasini, etc.

Trichophytie cutanée chez un toucheur de bœufs.

Par MM. BALZER et DESHAYES.

Nous présentons à la Société cet intéressant moulage de M. Baretta. Il provient d'un jeune homme de 17 ans, toucheur de bestiaux et plus spécialement de bœufs, qui s'est présenté à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Depuis six semaines il présentait sur tout le côté droit de l'abdomen, à peu près à la hauteur de l'ombilic, une série de placards de la largeur d'une pièce d'un franc à celle d'une pièce de cinq francs.

Ces éléments sont de formes assez variées; ils sont rouges d'une manière assez uniforme, cependant peut-être plus rouges à leur périphérie qu'à leur centre; la tuméfaction est assez accusée; ils sont recouverts de squames assez épaisses et qui tendent à se détacher. Le prurit est peu intense.

L'examen microscopique des squames a montré en très grande abondance un trichophyton à filaments assez épais et nombreux, avec des spores volumineuses, parfois disposées en chaînettes.

Le malade, traité par les badigeonnages de teinture d'iode, n'a plus été revu.

Dans ce cas cette dermatose trichophytique est remarquable par son apparence assez insolite; les placards n'ont pas la forme arron-

die, plus ou moins régulière, assez fréquente en pareil cas; très peu de vésicules, à peine visibles à leur périphérie; surface nettement squameuse; disposition en petits placards séparés les uns des autres par des intervalles de peau saine. Jadis le nom d'eczéma marginé aurait été très probablement appliqué à cette dermatose sans beaucoup d'hésitation. La constatation du trichophyton permet d'affirmer sa véritable nature et selon toute vraisemblance, à cause de la profession du malade et à cause de la forme du parasite, il s'agissait d'un trichophyton d'origine animale.

Épididymite blennorrhagique double avec suppuration.

Par MM. BALZER, FLEIG et TANSARD.

D. Ad..., 25 ans, mécanicien, entre au n° 32, salle Devergie, à l'hôpital Saint-Louis, le 27 février 1906, porteur d'une orchite blennorrhagique double, très volumineuse, légèrement fluctuante; douleurs spontanées, vives, augmentées par la palpation. L'écoulement blennorrhagique est ancien, datant de 12 ou 13 mois et se manifestant actuellement sous la forme d'une goutte matinale. Le malade raconte qu'il a, depuis 10 mois, les deux testicules augmentés de volume, le *testicule gauche* surtout.

Mais, jusqu'au 24 février, il n'avait pas ressenti de douleurs, seulement une simple gêne, une sensation de pesanteur s'augmentant par la fatigue.

Brusquement, le 25 février dernier, le malade a ressenti une violente douleur au *testicule droit*, puis au gauche.

Le 27 février, on l'examine à Saint-Louis, et la palpation des bourses ne permet pas de reconnaître dans l'empâtement et de localiser l'épididyme. Les deux testicules se présentent avec une consistance demi-molle, presque fluctuante. Le *toucher rectal* éveille une assez vive douleur au niveau de la prostate, qui n'est cependant que très peu augmentée de volume; l'urèthre postérieur est peu douloureux.

Un *premier examen* microscopique de la sécrétion uréthrale, le 30 février, est négatif; on ne trouve que des chaînettes, des diplocoques, et des cellules prostatiques, avec de nombreux leucocytes (mononucléaires surtout).

Un *deuxième examen*, pratiqué deux jours plus tard, permet de reconnaître les *gonocoques*; peu abondants, ils sont surtout intra-cellulaires.

Les jours suivants, le malade souffre beaucoup; il est très abattu et a de la fièvre; les testicules augmentent toujours ainsi que l'œdème inflammatoire des bourses, l'exploration est extrêmement douloureuse.

Le 10 mars, les testicules sont nettement fluctuants.

Le 13 mars, à travers la peau du scrotum, rouge et amincie, le pus se fait jour spontanément à gauche, à la face antérieure. Un coup de bistouri donne issue à une grande quantité de pus franchement phlegmoneux, bien lié, jaune verdâtre, mélangé de stries sanglantes. L'examen microscopique y fait retrouver le gonocoque, associé à des chaînettes et à des microcoques.

Le 17 mars, le testicule droit est très fluctuant; la peau du scrotum est rouge et très amincie. On incise le 18 mars. L'examen microscopique du pus

n'y fait reconnaître que des chaînettes et des microcoques : le gonocoque y est introuvable.

Dans les jours consécutifs à l'ouverture des abcès, l'état général et l'état local s'améliorent très rapidement, le gonflement du scrotum et des testicules diminue. L'exploration redevient possible. La sécrétion purulente se tarit assez rapidement et les incisions se cicatrisent. Le malade part pour l'asile de convalescence le 31 mars.

Au moment de sa sortie, les ouvertures des abcès sont complètement fermées. La palpation du testicule est très peu douloureuse; elle permet de constater l'existence d'adhérences nombreuses sur toutes les faces des testicules, qui sont restés irréguliers et bosselés. On peut reconnaître aussi que la localisation principale de l'inflammation s'était faite nettement sur les épидидymes, et qu'elle se continue le long des canaux déférents qui restent encore tuméfiés et indurés. Le malade conserve une petite goutte matinale; cette goutte, qui a été examinée plusieurs fois, ne contient plus le gonocoque.

Pendant tout le séjour du malade à l'hôpital, le traitement de l'urétrite a consisté dans l'administration des capsules de santal, avec lait et limonade salicylée.

*
* *

En résumé, ce malade était atteint d'une blennorrhagie chronique avec épидидymite double à rechutes; il pouvait cependant vaquer à ses occupations lorsqu'au mois de février, l'épидидymite double prend un caractère d'acuité tel qu'il est obligé d'entrer à l'hôpital. En effet, ce n'est pas d'une épидидymite très aiguë simple ordinaire que nous avons été les témoins, mais plutôt d'un véritable *phlegmoné pididymo-scrotal* double évoluant avec un gonflement considérable, des douleurs très vives, et aboutissant rapidement à la suppuration.

Cette acuité dans la marche nous paraît s'expliquer par l'infection secondaire qui est venue se surajouter au gonocoque. Celui-ci a d'abord été constaté dans le pus du testicule gauche. Mais quelques jours après le pus du testicule droit paraissait ne pas le contenir; toutefois nous sommes convaincus que le gonocoque a dû exister certainement dans la suppuration de ce testicule. Il y était seulement devenu plus rare sans doute, au moment où nous l'avons recherché. En revanche, la présence des chaînettes nettement constatée indiquait nettement qu'un autre microbe, entérocoque ou streptocoque, était venu se joindre, récemment sans doute, au gonocoque. Des chaînettes étaient en outre reconnues dans le pus urétral. La marche suraiguë avec les allures d'un phlegmon, que nous avons observée pour cette double épидидymite, pourrait donc s'expliquer par cette *association microbienne* du gonocoque avec un microbe en chaînettes. Nous regrettons seulement de n'avoir pas tenté de préciser par les cultures la nature de ce microbe en chaînettes.

Nous avons pensé aussi pendant un moment à la présence du

bacille de la tuberculose, en raison surtout de l'évolution lente, un peu torpide et insidieuse, de la double épидидymite, pendant les mois qui ont précédé le phlegmon terminal. Mais deux raisons nous paraissent devoir faire éliminer cette hypothèse : 1° l'absence de lésions tuberculeuses du côté de la prostate et des vésicules séminales ; 2° la guérison normale et même rapide qui a suivi l'évacuation des deux foyers de suppuration épидидymo-scrotaux.

M. GRIFFON. — J'ai observé, il y a quelques années, dans le service de M. Landouzy, un cas d'épididymite blennorrhagique suppurée avec présence du gonocoque pur reconnue dans le pus, non par l'examen direct, qui fut négatif, mais par la culture.

M. DANLOS. — J'ai eu occasion de voir évoluer dans mon service un cas d'épididymite blennorrhagique aboutissant à la suppuration. J'ai pensé dans ce cas, en raison de l'état de débilité du patient et de quelques signes rationnels, qu'il y avait peut-être un dépôt tuberculeux antérieur dans l'épididyme, et que la suppuration était déterminée par l'irritation que produisaient le gonocoque et les auxiliaires (staphylocoques, etc.) dans un organe déjà compromis par la tuberculose ; mais l'examen du pus n'a pas été fait et je ne puis donner mon interprétation que comme une hypothèse dont l'exactitude n'est pas démontrée. Mon malade a paru guérir assez rapidement.

**Syndrome rappelant le xeroderma pigmentosum au cours
d'un épithélioma gastrique.**

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Ce syndrome cutané : petits angiomes multiples disséminés sur les parties découvertes (tête), taches blanches atrophiques à auréole pigmentée et points d'hyperpigmentation de la tête et du tronc, est survenu chez un malade de 67 ans, atteint de néoplasme de l'estomac.

Ce néoplasme de l'estomac a donné le facies jaune paille et la cachexie cancéreuse, compliquée ces derniers temps d'œdème cachectique et de phlegmatia alba dolens des membres inférieurs ; il se sent au creux épigastrique où il détermine une contracture douloureuse de la paroi ; il a envahi le foie devenu gros, dur, bosselé et sensible. L'anorexie est presque complète, il n'a plus d'hématémèses.

Le sang se caractérise par une leucocytose polynucléaire considérable dont la valeur est grande en l'absence de fièvre et d'infection reconnue, par des altérations de globules rouges et poikilocytose contrastant avec le faible degré de l'anémie (3 000 000 de globules rouges), par le pseudo-parasitisme de globules rouges mobiles. Tous signes mis en valeur par Hayem, et assez nets ici pour que Dominici, ne connaissant pas le malade, ait pu soupçonner un néoplasme,

Ce cancer de l'estomac semble dater de 3 ans : troubles digestifs frustes s'accroissant, anorexie élective, vomissements irréguliers et petites hématomèses. Bronchite chronique avec un peu de myocardite et artériosclérose.

En décembre 1904, il a eu une suppuration à la jambe gauche : ostéite des nacriers (?).

Les accidents cutanés sont apparus successivement, d'abord, croit-il, les petites taches blanches du cou, de la tête, puis des aisselles. Ces taches blanches, de 4 à 7 millimètres de diamètre, blanc atrophique, non cicatricielles, auréolées de pigmentation, sont très nombreuses, surtout au cou, sur le dessus du crâne, à la face antérieure des aisselles. Il ne peut préciser la date du début; il a eu, il y a 10 ans, de petits points rouges démangeant qui durèrent 3 semaines et ne récidivèrent pas. Ce sont peut-être eux qui ont déterminé ces points blancs à pourtour hyperpigmenté. Il s'aperçut des angiomes strictement localisés aux régions découvertes (1) (crâne, visage), il y a 3 ans, qui, d'abord peu nombreux, se sont multipliés. Il ignorait les points pigmentés, d'ailleurs rares. Pas de papillomes cutanés.

Par la localisation aux parties découvertes, par l'association de taches atrophiques, auréolées de brun, de points hyperpigmentés, d'angiomes, ce syndrome cutané non encore connu se rapprocherait du xeroderma pigmentosum, malgré le début sénile. Ce syndrome cutané est d'autant plus intéressant qu'il accompagne un épithélioma gastrique, et on a pu dire, d'une manière un peu fantaisiste, que c'était un xeroderma pigmentosum, dont le papillome était à l'estomac.

**Sarcome globo-cellulaire multiple hypodermique (TYPE PERRIN)
chez un enfant de 6 mois.**

Par MM. DE BEURMANN et GOUEROT.

C'est une forme classique du type clinique décrit par Perrin. Le point très particulier de cette observation est le *très jeune âge* de ce petit malade que M. Deguy a eu l'obligeance de nous amener.

Sans tare héréditaire, en particulier *sans hérédité néoplasique*, cet enfant, âgé de 6 mois, *a toutes les apparences de la santé*, il est gros, joufflu, gai. Venu à terme, il a été nourri au sein. On s'aperçut des tumeurs vers l'âge de deux mois. Les premières apparurent aux

(1) Donc, localisation inverse des angiomes séniles de DUBREUILH, localisés aux parties couvertes.

aines et à la tempe gauche, les autres survinrent successivement sans poussée, petit à petit, insidieusement, sans retentissement sur l'état général qui est encore excellent; leur développement est rapide. Elles sont presque *innombrables*, dépassant la centaine, *globuleuses*, *très inégales*, variant de 5 millimètres à 10 centimètres, *dures* et *peu sensibles* à la palpation, *encapsulées*, mobiles sous la *peau* qui est *normale*, et sur les plans profonds (donc nettement *hypodermiques*).

Une seule, à la partie moyenne et droite du dos, est aplatie et adhérente à la peau qu'elle rosit à peine (phénomène de la peau d'orange).

Elles sont *sans ordre et sans symétrie*, *isolées ou conglomérées* en larges masses bosselées aux aines et au-dessous de la clavicule.

Presque toutes siègent au *tronc* qu'elles bossellent et déforment, plusieurs à la tête; trois seulement aux membres inférieurs, aucune aux membres supérieurs.

Les ganglions semblent indemnes, bien que pour certaines régions les tumeurs soient si nombreuses (aines) qu'il est difficile de trancher. Les viscères sont jusqu'ici épargnés, le sang est normal.

La marche est rapide, d'autres tumeurs apparaissent, l'état général n'est pas encore atteint. Une application de rayons X n'a pas arrêté le processus. Le pronostic nous semble donc fatal.

Avant même la biopsie, le diagnostic s'imposait: ni la syphilis, dont il n'a aucun stigmate, ni la tuberculose n'ont cette multiplicité de tumeurs et cette intégrité de l'état général. Le type Perrin est assez bien individualisé pour être isolé du type Unna, sarcome dur et blanc, dermique, — du type Piffard, sarcome dur et pigmenté dermique, — du type Neumann, sarcome mou et clair, — du type Funk Hyde, mou, volumineux à nécrose centrale. Sa localisation au tronc et à la tête éliminait le sarcome dermique type Kaposi, précisément appelé par Unna acrosarcome télangiectoïde parce qu'il débute par les *extrémités*, que son évolution est centripète, et qu'il est coloré par le pigment sanguin.

Lèpre mixte (2^e MÉMOIRE). Étude des ulcérations des lépreux.

Par MM. DE BEURMANN, ROUBINOVITCH et GOUGEROT.

Cette lèpre mixte a évolué en trois périodes: jusqu'en 1897, lèpre tégumentaire bénigne à éruptions successives, séparées par des rémissions; puis, en 1897, recrudescence terrible de la maladie: début clinique de la polynévrite aboutissant à la paralysie atrophique des membres inférieurs et supérieurs, à la paralysie faciale; irido-choroïdite double amenant la cécité bilatérale (1900-1902); enfin, en

janvier 1905, *troubles mentaux revêtant le syndrome dit PSYCHOSE POLYNÉVRITIQUE*. L'étude de cette psychose a été présentée à la Société de Neurologie le 1^{er} mars 1906 et publiée dans le *Bulletin médical*, n^{os} 21 et 22. Le syndrome de Korsakoff était typique, caractérisé par l'*amnésie spéciale antérograde, l'affaiblissement intellectuel, les manifestations délirantes à point de départ hallucinatoire*. Il présentait, *de par sa nature lépreuse, des particularités cliniques* qui l'individualisent de toutes les autres psychoses polynévritiques : *début tardif, pronostic fatal, fixité de l'état cœnesthétique fait de dépression et de mélancolie parce qu'il est la continuation de l'état normal psychique des lépreux, contraste entre cette fixité et la fugacité des impressions*.

Nous voudrions ici insister sur quelques points intéressants de l'observation dermatologique, en particulier sur la DIVERSITÉ DE NATURE DES ULCÉRATIONS DES LÉPREUX : *toutes semblent dues à des causes secondaires*, car l'on sait que le léprome n'a aucune tendance à la nécrose et à l'ulcération. Ces ulcérations portent tantôt sur les lépromes, tantôt en dehors d'eux, en peau non lépromateuse; plusieurs résultent, aux points de frottement, de traumatismes répétés empêchant la cicatrisation; quelques-unes, post-bulleuses, semblent être uniquement de cause trophonévrotique, la plupart sont dues à des *infections secondaires* (impétigo, ecthyma).

L'état dystrophique de la peau lié à la polynévrite et à la cachexie favorise la naissance du processus ulcéreux et l'entretient, la réparation est d'une extrême lenteur.

État en septembre 1905. — R... est né à la Guyane française, en 1874; il est donc âgé de 34 ans.

L'aspect est lamentable, tant ce masque facial figé et ces orbites vides font de suite impression. Il est à demi couché dans son lit, la tête penchée en avant et relevée, appuyée sur son coude gauche, immobile des heures entières dans une éternelle attente. La figure inerte émaciée est d'une pâleur cirreuse, elle ne tressaille pas (*paralysie faciale double*). La peau, lisse, luisante, sans la moindre ride, semble tendue sur les reliefs osseux (*début de sclérodermie*) : le front en paraît plus haut et presque olympien, le menton plus saillant, les traits plus immobiles et plus calmes (*facies antonin*). Le nez est aplati et effondré à sa partie inférieure et gauche (*coryza lépreux*). Les sourcils et les cils sont tombés alors que les cheveux sont conservés.

Les paupières flétries masquent à peine le vide de l'orbite; entre leurs bords rouges et ulcérés, saillent, débris blanchâtres et purulents, les fongosités lépreuses masquant le globe oculaire (*irido-choroïdite double*). Au coin de l'œil perlent les larmes qui descendent lentement sur la joue immobile. Il ne reste plus trace d'éruption lépreuse, sauf une petite macule brunâtre à la joue droite. Il se garde de causer. Ses mouvements sont rares (paralysies), on doit le faire manger; la main gauche n'est pourtant pas encore trop maladroite, elle repousse sa joue gauche paralysée, quand il cherche à déglutir. Il ne peut se lever : il faut le porter. Assis, il

se penche en avant le cou tendu, le visage un peu levé, les avant-bras appuyés aux bras du fauteuil, semblant sonder l'horizon de ses yeux vides.

Si on le découvre, le tronc et les membres, sauf leurs extrémités, apparaissent décharnés, squelettiques; la peau est flétrie, fripée, maintenant trop large (atrophie musculaire et sous-cutanée), le teint est blanc et pâle; au contraire, les extrémités, mains, pieds et jambes, sont grosses, tuméfiées et déformées (éléphantiasis), leur peau tendue et luisante est violacée et cyanotique. Ce contraste est frappant.

EXAMEN DERMATOLOGIQUE (Membres inférieurs). — Les jambes et les pieds sont les plus touchés. Les lésions atteignent presque le genou, blanc et décharné. Immédiatement au-dessus, la peau blanche est maculée de quelques lépromes brunâtres et pigmentés peu saillants. Au-dessous de cette articulation la tuméfaction est diffuse et voile tout. La peau lisse et tendue est rouge violacé, luisante et froide. La cyanose croît à mesure qu'on descend vers le pied : à la partie supérieure de la jambe, la rougeur diffuse et se fond insensiblement dans la pâleur du genou. Cette peau violacée desquame, à peine, une fine craquelure fend la couche cornée et dessine un vague réseau.

Çà et là sont disséminés sans ordre des lépromes encore plus foncés que le reste du membre (parce que pigmentés), des phlyctènes grosses et tendues, de petites phlyctènes plates et flétries, des ulcérations qui semblent surtout localisées aux points de frottement.

Ces ulcérations sont peu nombreuses : deux grosses, l'une à la partie saillante de la malléole interne gauche, l'autre à la malléole interne droite et remontant au-dessus; quelques petites à la face postérieure de la jambe et le long de la face interne du tibia, au pied face inférieure du gros orteil gauche, face dorsale du 2^e orteil droit. Toutes sont vaguement ovalaires, quelques-unes nettement circulaires. *Leur aspect est différent.*

1^o Les unes sont des érosions circulaires rougeâtres et plates entamant l'épiderme seul, suintant une sérosité claire contenant de rares poly et des cellules épidermiques avec quelques cocci et pas de bacilles de Hansen. Ces érosions succèdent à des petites phlyctènes aplaties éphémères dont le fond a le même aspect exulcéré dès que l'on en enlève le couvercle épidermique. Tantôt elles guérissent sans cicatrice, tantôt elles se creusent. Leur ressemblance avec la *streptophlyctène des impétigos*, la présence de cocci et l'absence de bacilles de Hansen font penser qu'il ne s'agit là que de lésions banales cocciennes, développées sur des tissus en état d'hypotrophie. — 2^o D'autres sont des ulcérations circulaires de 1 à 3 centimètres de diamètre, assez profondes, à bords rouges, mollasses, nets et à pic, un peu éversés et déchiquetés; le fond est purulent, bourgeonnant, irrégulier. Le pus contient de nombreux polynucléaires presque tous en karyolyse et des cocci d'espèces différentes, pas de bacilles de Hansen. Elles ressemblent tout à fait à certaines ulcérations ecthymateuses, surtout lorsqu'elles se développent sur une jambe variqueuse et eczémateuse préluant

à l'ulcère de jambe. Elles paraissent avoir même pathogénie, c'est l'exagération du processus érosif (1) déjà microbien des streptophlyctènes (1°), soit sans infection secondaire, soit plutôt avec surinfection. La plupart restent sans tendance à la guérison, atones : quelques-unes se cicatrisent : on voit un mince liséré épidermique transparent se rétrécir.

En résumé, ce sont des ulcérations ecthymaleuses alors que les premières étaient impétigineuses, en peau non lépromateuse.

3° D'autres, moins régulièrement circulaires quoique toujours de contour arrondi, ont des bords durs surélevés comme boursoufflés, à pic et non décollés ; leur fond, profond (jusqu'à 5 millimètres) mais plat, est jaunâtre, bourbillonneux, régulier, suintant à peine un séropus contenant, outre des cocci assez nombreux, des *bacilles de Hansen* rares et extracellulaires, des débris cellulaires à peine reconnaissables mêlés à des poly et mono. Elles sont entourées d'une *auréole pigmentée* parfois très large, que la pression du doigt rend encore plus évidente en chassant la rougeur et la cyanose. Il est probable que ces ulcérations, assez différentes des premières et deuxième, sont des *lépromes ulcérés par des infections coccienues*. On sait en effet que le léprome n'a par lui-même aucune tendance à la nécrose et à l'ulcération et qu'il lui faut, pour ce, l'aide d'autres microbes. Nous avons pu saisir le début de ce processus ulcéreux du léprome ; sur la face dorsale proéminente et hyperfléchie de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit, saillie un gros nodule bleu noir, encore plus foncé que la peau environnante ; il n'est pas encore ulcéré, mais ramolli à son centre sur un seul point ; à ce niveau l'épiderme laisse transparaître un magma jaunâtre purulent contenant des bacilles de Hansen et de nombreux cocci ; peu après se développait une minuscule ulcération tout à fait semblable au type 3°.

Il nous a paru intéressant d'insister en passant sur l'aspect si divers des ulcérations de la période terminale de la lèpre. Cette diversité n'étant sans doute que la conséquence d'une pathogénie différente : l'infection coccienne à espèces unique ou multiples agissant en des points différents à des degrés croissants tantôt en peau non lépreuse (1° et 2°), tantôt en plein léprome (3°).

A côté de ces ulcérations par infection secondaire, on voyait encore par moment de grosses phlyctènes circulaires de 10 à 25 et 30 millimètres de diamètre, tendues et pleines d'un liquide transparent souvent rosé, à épiderme résistant, ressemblant aux bulles de pemphigus. A la culture et examen sur lame, la sérosité presque acellulaire était aseptique, ne contenant ni cocci ni bacilles de Han-

(1) Nous avons vu deux érosions qui avaient succédé à des phlyctènes du genre 1°, devenir ulcéreuses et revêtir le type 2°.

sen ; elles sont de pathogénie obscure, peut-être trophonévrotique suivant la doctrine classique (1). Leur durée était courte, quelques jours suffisaient à l'épidermisation. Par complication d'infection secondaire, l'une d'elles devint ulcéreuse, à type ecthymateux. Ces grosses phlyctènes sont donc très différentes des petites phlyctènes éphémères, aplaties, à peau flétrie dues aux cocci et qui laissent des érosions superficielles.

Entre les ulcérations et phlyctènes, quelques lépromes à peine saillants, pigmentés, disséminés sans ordre, tranchent par leur teinte foncée sur la coloration rouge violacé diffuse de la peau.

Les déformations des pieds sont extrêmes. Ils sont déviés en rotation externe et abduction, en légère flexion.

Le pied gauche est tuméfié, violacé, ulcéré, semble raccourci et élargi, le pouce a sa première phalange fortement fléchie sur le tarse et sa 2^e phalange plus fortement encore, étendue sur la première, presque verticale ; cette déformation extrême n'est possible que grâce à une subluxation. Les autres doigts sont fléchis dans chacun de leur segment et recroquevillés contre le sillon digito-plantaire. Les ongles sont épaissis, striés, très altérés. Le pied droit a des déformations semblables mais moins marquées. Elles sont un mélange complexe de lésions cutanées lépreuses et infectées, de troubles trophiques (œdèmes, cyanose), de déformations paralytiques, de rétractions tendineuses, de lésions articulaires et osseuses (résorption).

L'œdème dur masque l'atrophie sous-jacente des muscles, on perçoit à la partie inférieure une *exostose périostique* analogue aux hyperostoses syphilitiques (2).

A ces lésions si prononcées des jambes et des pieds s'opposent l'amaigrissement et la pâleur du reste du membre à partir du genou. Les ganglions inguinaux sont tuméfiés, gros, indolores et mobiles.

Tronc. — Le tronc est amaigri et blanc pâle. En avant la cage thoracique saille sous la peau, le ventre est un peu ballonné, à travers la paroi flasque amincie se dessinent les anses intestinales.

Au dos, une scoliose à convexité droite dévie le rachis et fait saillir en arrière la moitié droite du thorax.

A la région sacrée œdématiée (œdème du décubitus) sont creusées *trois eschares fessières*, l'une médiane et deux latérales, *mélange de léprome et d'eschare cachectique*. Sur deux, en effet, on voit encore à la partie supérieure le reste non encore ulcéré des lépromes primitifs reconnaissables à leur teint fauve et à leur induration élas-

(1) Les bulles au contraire (des lépromes) sont probablement les *neuroléprides* spécifiques de la lèpre trophique (Neisser), car elles ne contiennent jamais de bacilles, à moins qu'elles ne soient développées sur un léprome. (JEANSELME.)

(2) Arning, exagérant les différences entre la lèpre et la syphilis, prétendait que ces exostoses manquaient dans la lèpre, et en faisait un argument pour opposer ces deux maladies. M. Hallopeau a déjà signalé des périostoses crâniennes.

tique. Mais si cette ulcération a débuté en tissu lépreux, elle envahit à la partie inférieure la peau sacrée. Ces eschares des cachectiques résultent d'une infection inoculée aux points de pression sans cesse traumatisés, grâce à la dystrophie générale, sur des tissus se défendant mal. *Le processus est donc ici complexe*: lépromes, traumas, infection secondaire, cachexie et dystrophie.

Membres supérieurs. — Le contraste est le même qu'aux membres inférieurs entre le bras, l'avant-bras, maigres, blancs, pâles, et les mains tuméfiées, violacées et cyanosées, froides et insensibles. Comme les pieds, les mains sont déformées, mais elles ne sont pas ulcérées.

La main droite est tuméfiée par un œdème dur, le pouce est en abduction. Sa 1^{re} phalange est en extension, sa 2^e en hyperflexion; l'index est étendu sauf sa 2^e phalange fléchie, le médus a sa 1^{re} phalange légèrement fléchie, sa 2^e en hyperextension, subluxée, la 3^e fléchie. L'annulaire et l'auriculaire dessinent la griffe cubitale classique, c'est-à-dire 1^{re}s phalanges étendues, 2^{es} et 3^{es} fléchies formant crochet. L'impotence est complète. La main gauche est moins déformée et encore assez mobile, on remarque seulement une légère flexion des 2^e, 3^e, 4^e et 5^e doigts au niveau de l'articulation des 1^{re} et 2^e phalanges.

A la face postérieure des deux coudes s'étend un large léprome en nappe, saillant, pigmenté-fauve, anesthésique, de 12 centimètres de haut sur 6 à 7 de large environ.

Le gauche seul est ulcéré en son centre. Cette ulcération, de 3 à 4 centimètres, est peu profonde, elle ne contient que de très rares cocci et ne semble pas due à une surinfection. Elle doit résulter du frottement et du traumatisme; car le malade a l'habitude de s'appuyer sur ce coude; *elle paraît donc n'être qu'une plaie qui ne se répare pas parce qu'elle continue d'être traumatisée.*

On remarque une macule pigmentée anesthésique à la face postérieure de l'épaule.

* *

La clinique aidée de la bactériologie avait déjà montré la diversité de ces ulcérations des jambes, du sacrum et du coude. L'examen histologique des fragments prélevés à l'autopsie n'a fait que la confirmer.

Les ulcérations post-impétigineuses et les ulcérations ecchymateuses survenues en peau non lépromateuse ne diffèrent guère des lésions de l'ecchyma vulgaire, sauf peut-être une réaction moindre.

Nous n'avons pu examiner de bulles; une ulcération post-bulleuse devenue ecchymateuse par infection secondaire ne présentait rien de particulier.

Plus intéressante est l'étude des lépromes ulcérés.

Mais auparavant il nous faut résumer en quelques mots les caractères

des lépromes non ulcérés, afin de comprendre quel a été le processus secondaire ulcéreux.

Lérome ancien pigmenté sur jambe éléphantiasique. — *Épiderme* aminci et tendu, disparition des papilles : seuls persistent quelques longs et minces prolongements épithéliaux pleins, restes de follicules pileux déshabités.

Pas de réaction cellulaire, pas de leucocytose intra-épithéliale.

— Le maximum des lésions est dans la *couche papillaire et sous-papillaire*. Lésions d'ailleurs atténuées, restes minimes d'un processus éteint.

Partout le tissu conjonctif est œdématié ; les fibrilles dissociées fines sont distendues par l'œdème, les cellules conjonctives fixes nombreuses, sont en réaction inflammatoire (noyau et protoplasma basophiles, tuméfiés, prolongements anastomosés). Les vaisseaux sont dilatés, gorgés de globules rouges, leur endothélium est tuméfié, parfois desquamé, leurs cellules péri-théliales ont réagi suivant le mode inflammatoire. Le tissu élastique est très lésé.

Çà et là, au milieu de cette couche sous-papillaire ainsi modifiée, sont disséminés de petits nodules d'infiltration cellulaire à bords diffus, les uns clairs, les autres foncés, tous centrés de capillaires dilatés et enflammés.

Les nodules *foncés* sont dus à une infiltration lymphocytaire serrée dans un fin réticulum conjonctif fibrillaire et cellulaire en réaction inflammatoire (tissu lymphoïde de formation secondaire); il s'y ajoute quelques poly-neutrophiles, de très rares éosinophiles et plasmazellen. Cependant une fois, entre deux capillaires dilatés, nous avons vu un petit nodule *foncé* presque exclusivement formé de plasmazellen.

Les nodules clairs sont surtout formés de cellules conjonctives basophiles en réaction inflammatoire à prolongements anastomosés le long des fibrilles collagènes devenues plus rares. Elles constituent ainsi un réseau à larges mailles, où se disséminent des lymphocytes peu nombreux et des polynucléaires neutrophiles en proportion presque égale. Nous n'avons vu qu'un éosinophile et deux mastzellen. C'est à cette infiltration cellulaire peu dense qu'est dû leur aspect clair.

La périphérie des nodules foncés a la même structure que ces nodules clairs.

Les bacilles sont d'une extrême rareté. C'est à peine si on en rencontre sur chaque coupe quelques-uns en dégénérescence granuleuse, à l'intérieur de deux ou trois cellules conjonctives mononucléées et non vacuolaires.

(Sur un autre lérome de structure semblable, on constate d'assez nombreuses cellules conjonctives chargées de blocs de pigment ocre.)

— Au-dessous de la couche sous-papillaire œdématiée et épaissie, infiltrée de ces nodules, le *derme* est dense, scléreux, les fibres élastiques semblent peu touchées ; les cellules conjonctives sont tuméfiées. Les vaisseaux sont tous dilatés et épaissis, plusieurs s'entourent de traînées cellulaires de monos.

— L'*hypoderme* est traversé de bandes scléreuses épaisses, ses vaisseaux sont lésés. On reconnaît un nerf dont les tubes, à gaine et à cylindre-axe conservés, sont dissociés par la sclérose.

(*Lérome sclérosé ancien du coude.*) Il diffère du précédent. — *Épiderme* épaissi à cônes interpapillaires irréguliers. — *Couche papillaire et sous-papil-*

laire. Réaction conjonctive, mais peu d'œdème, pas de nodules d'infiltration cellulaire, rien qu'une gaine d'infiltration lymphocytaire autour des vaisseaux dans les mailles du tissu conjonctif en réaction inflammatoire. Les vaisseaux sont plus lésés: l'endothélium de squame; on note quelques thromboses. — Le derme est plus infiltré de cellules, qui toujours restent isolées ou se groupent à peine en traînées le long des capillaires à parois épaissies. En plusieurs points la sclérose dermique prend un aspect très particulier rappelant le tissu chéloïdien, les fibres conjonctives parallèles, plus fines et moins sinueuses que les faisceaux conjonctifs normaux, sont serrées les unes contre les autres, séparées par des cellules conjonctives à protoplasma basophile visible, allongé dans le même sens, le tissu élastique semble absent; il est impossible de déceler des bacilles dans ce tissu chéloïdiforme.

— L'hypoderme est partout scléreux, à peine çà et là voit-on des flots de cellules adipeuses où les cellules réagissent, et parsemés de capillaires enflammés avec leurs manchons cellulaires.

Les processus secondaires ulcéreux modifient peu cette structure du lépromme et seulement sur une bande étroite.

Lépromme ulcéré de la jambe par infection secondaire. — L'ulcération profonde atteint les tissus denses fibreux du derme, le bord est net, à pic, l'épiderme sectionné est en nécrose acidophile, les cellules malpighiennes sont infiltrées de poly et de mononucléaires sur une étendue d'environ 1 à 2 millimètres. Le fond de l'ulcération est formé par le tissu léprommateux infecté: c'est une bande de la hauteur de l'épiderme et de ses papilles, formée de tissu nécrosé (acidophile), homogène, criblé de nombreux débris nucléaires de pyknose; quelques vaisseaux ont été nécrosés en bloc avec leur contenu (orangeophile); on retrouve quelques cocci groupés deux par deux. Au-dessous de cette nécrose les polynucléaires sont reconnaissables, mêlés aux cellules conjonctives enflammées, tuméfiées et nombreuses entre les faisceaux conjonctifs de sclérose dissociés. Cette réaction leucocytaire et conjonctive se prolonge assez loin en diminuant peu à peu. Les vaisseaux sont dilatés, quelques-uns thrombosés.

Bientôt, autour de l'ulcération et au-dessous d'elle le lépromme redevient pur.

Lépromme du coude ulcéré par traumatismes répétés. — L'ulcération dépasse la couche sous-papillaire, elle ressemble à une section artificielle: les faisceaux conjonctifs sclérosés, denses, sont coupés nets, à peine leur extrémité est-elle nécrosée et près de l'ulcération les cellules conjonctives sont-elles un peu plus nombreuses, il n'y a pas de bande de réaction inflammatoire. Ce qui rend la différence plus frappante avec le processus du lépromme ulcéré par infection, c'est de retrouver sur d'autres coupes de cette même ulcération du coude, des points isolés d'infection. Ces points d'infection ont une structure analogue au lépromme ecthymatisé (bande nécrosée avec

débris pyknotiques, vaisseaux nécrosés en bloc, réaction leucocytaire et conjonctive, thrombose), mais ces points sont isolés sur la large ulcération et entourés de tissu érodé mais non infiltré.

Complexe et non univoque est donc la pathogénie des ulcérations des lépreux cachectiques.

EXAMEN DU SYSTÈME NERVEUX. — Tous les signes de la polynévrite lépreuse sont réunis : troubles moteurs, sensitifs, trophiques et vaso-moteurs ; on a les plus grandes peines à explorer la sensibilité en raison de l'état d'affaiblissement intellectuel du sujet et surtout de l'amnésie des faits présents si caractéristique de ce syndrome (amnésie antérograde de Charcot et Souques, continue de Janet).

La plupart des nerfs assez superficiels pour être explorés sont lésés, gros, moniliformes, indurés, presque tous insensibles à la pression : cubitiaux, médians, brachiaux cutanés internes, cervicaux transverses, sciatique et ses deux branches terminales, cruraux. On ne sent ni les radiaux, ni les branches faciales malgré la double paralysie faciale complète à gauche, moins prononcée à droite, atteignant le groupe inférieur et le groupe supérieur.

Paralysie atrophique presque complète des extrémités : totale aux pieds et aux jambes, à la main droite ; incomplète à la main gauche et aux avant-bras. Aux membres inférieurs seuls persistent quelques mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin, aux membres supérieurs les muscles périscapulaires et brachiaux sont presque indemnes.

Troubles sensitifs très marqués : anesthésie totale et complète à tous les modes aux pieds et aux jambes jusqu'aux genoux, aux mains jusqu'à 3 à 5 centimètres au-dessus des poignets ; elle disparaît peu à peu en remontant vers la racine du membre, la sensibilité tactile est la première à réapparaître, la thermique la dernière ; grand retard dans la perception. Il est impossible d'établir une topographie radiculaire ou tronculaire.

Réflexes disparus ou diminués dans les zones paralysées et anesthésiques : réflexes plantaires abolis ; R. rotuliens droit nul, gauche encore ébauché ; R. contro-latéraux nuls ; R. crémastériens diminués ; R. hypo et épigastriques normaux ; R. radiaux et olécraniens nuls ; massétérin absent ; R. pharyngien conservé ; R. des peaussiers diminué.

Troubles trophiques très accentués des extrémités : atrophies musculaires diffuses voilées souvent par un œdème dur ; œdème, craquelure et desquamation de l'épiderme tendu et déplié, aminci ; cyanose et refroidissement ; déformations, résorptions osseuses, subluxations, rétractions tendineuses, grosses phlyctènes, contribution au processus ulcéreux.

Pas d'incoordination motrice.

Pas de troubles des sphincters.

HISTOIRE DU MALADE. — L'histoire de la maladie est facile à reconstituer. Le malade se souvient assez bien des choses anciennes, s'il a de l'amnésie des faits récents. Et à condition de ne point fatiguer son attention, car l'affaiblissement de la synthèse mentale est marqué, on obtient la chronologie des principales phases. Toutes les réponses du malade ont été contrôlées auprès de

ses parents et amis : cette épreuve nous a été le meilleur exemple du contraste entre l'oubli des faits présents et la conservation des souvenirs anciens. Nous ne voulons pas dire que cette histoire rétrospective a toute la précision désirable, mais on ne peut guère tirer de renseignements plus précis d'autres malades qui n'ont rien de psychique.

Il n'a pas eu la syphilis. Il a échappé au paludisme, à la dysenterie et à la fièvre jaune, car il est arrivé jeune en France.

Enfant, il était bien portant. Le premier accident lépreux fut, croit-on, à l'âge de 7 ans, *une macule au visage*. Malgré son peu de certitude, ce point est à noter et à rapprocher des faits d'accidents initiaux de la lèpre, décrits par Marciano et Würtz. Puis sont survenues quelques poussées aiguës très discrètes, sans troubles généraux importants, et des éruptions de taches peu nombreuses. Jusqu'à 13 ans, il reste en pension à Corbeil. Sa famille le reprend. De temps à autre surviennent quelques taches lépreuses nouvelles.

Mais tous ces accidents cutanés sont en somme aussi atténués que possible. Encore aujourd'hui, le peu de lésions cutanées contraste avec l'atteinte profonde du système nerveux. Donc si cette lèpre est *mixte, tégumentaire et nerveuse*, les lésions nerveuses l'emportent de beaucoup.

Le début de la polynévrite lépreuse est impossible à préciser, tant il a été insidieux. Il y a 8 ans (1897), il marchait, allait et venait sans rien ressentir, c'est peu à peu à partir de ce moment que la faiblesse, puis l'impotence des membres inférieurs se sont établies, que les mains et pieds se sont déformés et sont devenus insensibles. La lèpre semble avoir eu alors une *recrudescence terrible*, sous l'influence de causes que nous ignorons : en effet, les yeux, jusque-là indemnes, se prennent ; l'irido-choroïdite débute par l'œil gauche qui, en 1900, est perdu ; l'œil droit commence à être touché peu après : une tache blanche se développe sur la cornée et la voile ; en 1902, la *cécité* est complète, bilatérale.

Cependant la *polynévrite progresse et l'impotence grandit*. On le « ballote », dit une vieille servante, d'un endroit à l'autre. En décembre 1904, il entre à l'hôpital de Versailles, puis, au début de 1905, dans un hôpital parisien où, *isolé dans une chambre, il crut qu'on roulait l'enfermer et se mit à déraisonner*. C'est le début des troubles psychiques (février 1905) ; auparavant, on n'avait pas noté de troubles mentaux : il était triste, exigeant, réclamant contre ses pansements ; il avait quelques périodes d'agitation et de surexcitation, mais son état précaire justifiait assez ce mauvais caractère et ces exigences. Dans son enfance, il n'a présenté aucun signe de débilité mentale.

HISTOIRE DE LA FAMILLE. — On trouve dans cette famille d'autres cas de lèpre et surtout la trace de la tare nerveuse, qui a permis à la lèpre d'éveiller la psychose. Plus qu'une autre parce que ses lésions frappent avec prédilection le système nerveux (ici psychose polynévritique), l'infection hansénienne peut peut-être développer les prédispositions mentales. Mais, sans cette tare psychique, la lèpre n'eût pu rien faire ; combien voit-on en effet de polynévrites lépreuses sans troubles mentaux !

Le père et la mère sont indemnes de lèpre. On ne peut ou peut-être on ne veut pas nous dire s'ils eurent des tares nerveuses.

Des 9 enfants, 5 sont morts : 2 en bas âge ; un frère aîné à l'âge de 22 ans, lépreux, a été emporté brusquement, presque subitement, par une maladie

de cœur. Deux autres sont morts loin de leur famille, on ne sait de quoi, l'un à Levallois-Perret, le deuxième à l'hôpital de Marseille. Ni l'un ni l'autre n'était lépreux.

Des 4 enfants qui restent, R... est l'aîné.

Sa sœur, âgée de 29 ans, est lépreuse et « folle ». La lèpre a débuté à la puberté, 14-15 ans. Elle était alors une « grande et belle fille ». Cette lèpre, quoique progressant, est toujours restée peu prononcée. Il y a 9 ans, elle s'est mise à « divaguer ». Elle était sombre et ne parlait plus. Les troubles mentaux n'ont fait qu'accroître, on est forcé de ne pas la quitter un instant, et elle crie « jour et nuit ». Ces renseignements sont trop peu précis pour tirer une conclusion ferme sur la forme de ces troubles mentaux. Cependant il est permis de supposer, en raison du début précoce et de la chronicité de la maladie, qu'il s'agit d'une des formes de la démence précoce. Il est à remarquer que les troubles psychiques n'existaient pas avant le développement de la lèpre, et ne sont apparus qu'après.

Les deux derniers, l'un âgé de 16 ans, résidant en France, l'autre de 21 ans, à la Guyane, « n'ont, suivant l'expression même de la famille, encore rien ! »

Donc, ascendants indemnes.

Des 9 enfants, 3 lépreux, et de ces 3 lépreux, 2 aliénés.

5 morts, dont 1 lépreux.

4 vivants, 2 indemnes.

2 à la fois lépreux et aliénés.

En résumé, toutes les lésions sont cutanées et névritiques : œdème et cyanose, lépromes pigmentés et ulcérations, paralysie et anesthésie, déformations et rétractions, atrophies diffuses. La lèpre a eu sur la peau et surtout sur les nerfs ses majorations. Les autres systèmes organiques sont indemnes ou leurs lésions restent latentes ; le foie seul est lésé, gros, débordant de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes, la rate ne se sent pas. Le cœur et les poumons paraissent sains. Lorsque le malade ne se condamne pas à l'inanition, les fonctions digestives sont normales et l'appétit reste bon. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre. Il n'y a pas de fièvre.

Les poussées cutanées étant éteintes, les lépromes ne subsistent plus que sous forme d'infiltrations inertes et de pigmentation, la maladie se réduit à la polynévrite ; en effet, les ulcérations des membres inférieurs et du coude gauche sont plus des ulcérations par infections banales ou traumatismes répétés que des troubles trophiques.

Donc, en mars 1905, lèpre tégumentaire discrète : à peine quelques macules au visage et aux bras ; — terribles lésions oculaires, cécité totale ; — lésions nerveuses très prononcées, faiblesse des bras avec déformations des mains (griffe cubitale droite), impotence des membres inférieurs, anesthésie, troubles trophiques : ulcérations par infection, troubles psychiques. La maladie semble avoir évolué en trois périodes : jusqu'à 1897, lèpre tégumentaire bénigne,

puis début de la polynévrite et de l'irido-choroïdite double aboutissant à l'impotence progressive des membres inférieurs et supérieurs, à la paralysie faciale et à la cécité bilatérale (1900-1902) ; enfin, en janvier 1905, psychose polynévritique.

HISTOIRE DU MALADE PENDANT SON SÉJOUR A SAINT-LOUIS. — En avril 1905, il entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaueher, que nous ne saurions trop remercier des renseignements qu'il a bien voulu nous donner. Pendant ce séjour, la maladie progresse, l'impotence et les troubles psychiques s'accroissent, de nouvelles ulcérations, les eschares fessières se développent ; au début de juin, le léprome de la face postérieure du coude gauche, sur lequel il avait l'habitude de s'appuyer, s'ulcère.

Le 19 août 1905, il entre salle Hillairet ; il y meurt le 2 octobre.

L'état se modifia peu pendant les derniers temps. C'était les *mêmes troubles mentaux* : même affaiblissement intellectuel, mêmes idées hallucinatoires, même amnésie antérograde : croyant qu'on voulait l'empoisonner, il s'était condamné à plusieurs périodes *d'inanition*. Les ulcérations se modifiaient peu : on remarqua cependant que l'eschare fessière plus violacée se creusait davantage. Les troubles paralytiques et anesthésiques restaient les mêmes. L'œdème du décubitus, localisé longtemps à la région lombo-sacrée, se mit à gagner le côté droit (Décubitus latéral droit).

Aucune phase aiguë ne vint hâter cette fin : la température, la veille de la mort, était de 35° 4 ; pas d'albumine. Toute l'après-midi du 1^{er} octobre, il répéta les mêmes questions, il croyait quelqu'un à côté de lui et l'appelait ; c'étaient les mêmes hallucinations : « Quelque chose vole sur ma figure à gauche », etc. ; « ma mère, dites-moi si c'est vrai, j'ai confiance en vous, je vous croirai » ; c'était le même oubli instantané des faits : il soutint que son oncle ne lui avait pas dit au revoir. Le soir, il a demandé à manger et a mangé des « tripes » qu'il avait vivement réclamées, se mordant les doigts et les lèvres sans s'en apercevoir ; peu après il s'est plaint (c'était la première fois) de son côté droit qui était un peu enflé ; il toussait à chaque déglutition, mais la respiration était normale.

La nuit fut calme ; il appela le veilleur du nom d'un autre infirmier ; à 5 heures du matin (2 octobre), la Mère le trouva assis, il voulait se lever et demandait « son paquet » pour s'en aller.

La Mère l'a changé ; son côté droit était moins enflé que la veille, un peu cyanotique ; il en souffrait un peu ; il a bu, toussant à chaque gorgée, puis il s'est tu, s'est appuyé sur son oreiller, la tête fixe et le facies inerte, comme il en avait l'habitude. Après avoir un peu râlé, il est mort calme à 7 h. 40 du matin (2 octobre 1905), ayant conservé jusqu'au bout conscience de soi.

Cette mort ne peut s'expliquer que par le *progrès lent de la cachexie* lépreuse, puisqu'aucune phase aiguë, aucun incident nerveux (1), pulmonaire, cardiaque ou rénal n'est survenu.

L'intérêt dermatologique de cette observation est dans l'étude des ulcérations. L'association de l'observation clinique et de la bac-

(1) Pas de névrites terminales du phrénique ou du pneumo-gastrique, qui si souvent provoquent la mort dans les polynévrites aiguës.

tériologie avait permis, pendant la vie du malade, de montrer la diversité de ces ulcérations à la jambe : les unes simples, impétigo ou ecthyma en peau non lépreuse ou greffé sur léprome, les autres succédant à des bulles trophoneurotiques ; — au sacrum, mélange de léprome et d'eschare cachectique ; — au coude, ulcération traumatique sur léprome. L'examen des fragments des diverses ulcérations prélevés à l'autopsie a confirmé les données de la clinique et de la bactériologie.

Autopsie de lèpre mixte (3^e MÉMOIRE). Lésions viscérales : foie, rate et testicules lépreux. La sclérose lépreuse.

Par MM. DE BEURMANN, ROUBINOVITCH et GOUGEROT.

La partie psychopathique de cette observation a été présentée à la Société de Neurologie (1^{er} mars 1906), et la partie dermatologique à la Société de Dermatologie (5 avril 1906), à propos de la pathogénie des ulcérations des lépreux.

L'examen du système nerveux a été rapporté ailleurs (*Bulletin médical*, n° 21, 1906). Nous rappelons simplement le contraste entre les lésions énormes et spécifiques des nerfs (névrite mixte nodulaire due aux bacilles de Hansen) et les lésions diffuses très légères, non caractéristiques, des centres nerveux, moelle et encéphale.

L'autopsie a été faite 25 heures après la mort ; elle a pu être complète.

Péricarde indemne.

Le cœur est *petit et gras*. Sa face antérieure est presque voilée par l'infiltration adipeuse sous-péricardique (particularité rencontrée assez souvent à l'autopsie des lépreux).

Les plèvres sont indemnes.

— Les *poumons* sont *sains*, sauf congestion œdémateuse des bases.

Pas de tuberculose.

A l'examen histologique, congestion des capillaires alvéolaires, œdème intra-alvéolaire sans lésions nettes de l'épithélium. Pas de bacilles. Ça et là, rare hémorragie intra-alvéolaire et desquamation de l'épithélium. Bronches indemnes.

— Les *reins*, de poids normal (175 et 170), sont un peu pâles et leur substance corticale paraît plus dure.

Histologiquement, les lésions sont minimales et localisées en flots près de la capsule fibreuse un peu épaissie. On observe là une légère sclérose intertubulaire faite de fines fibres conjonctives et de cellules conjonctives à noyau ovalaire. L'épithélium des tubuli contorti est là seulement un peu abrasé et vacuolaire (lésions agoniques et cadavériques?). On note encore quelques rares cylindres intratubulaires, les glomérules sont intacts, un peu congestionnés ; leur capsule n'est pas épaissie.

Pas de bacilles.

Tout le reste du rein est normal.

La seule lésion un peu particulière est la *dilatation considérable de plusieurs capillaires sanguins appliqués contre la capsule fibreuse du rein*, assez gros pour être visible à l'œil nu. Leur paroi est uniquement conjonctive, ce ne peut donc être des veinules; ils contiennent des globules rouges, ce sont donc des capillaires sanguins; leur *endothélium est normal*, à peine tuméfié; ça et là les parois de ces capillaires présentent des points isolés d'infiltration lymphocytaire, formant des sortes de *nodules lymphoïdes* au-dessous de l'endothélium; il est impossible d'y déceler des bacilles.

Cette presque intégrité des reins n'est pas pour nous étonner.

« Les cas d'infiltration lépromateuse du rein, dit Jeanselme, sont tout à fait exceptionnels. Hedeinüs a décrit un léprome. Doutrelepont et Wolters une légère sclérose périvasculaire parsemée de cellules lépreuses et des bacilles dans les glomérules. D'ordinaire, on ne trouve que de petits amas bacillaires qui ne provoquent aucune réaction des tissus. » Le plus souvent, les altérations rénales ne sont pas bacillaires et directement lépreuses : gros rein blanc avec ou sans dégénérescence amyloïde; petit rein contracté.

Péritoine sain.

— *Foie.* — *Le foie est gros (1840 gr.) et pâle, dur et scléreux; en coupe, nombreux flocs périportaux de sclérose, sans tendance à la formation d'anneaux.*

Histologiquement: sclérose insulaire ou columnaire des espaces portes, à topographie surtout péribiliaire, sclérose adulte avec infiltration de très nombreuses cellules conjonctives jeunes et de lymphocytes formant parfois même des nodules diffus à l'intérieur du tissu de sclérose; Malgré de nombreuses recherches, on n'a pas pu rencontrer de bacilles nettement colorés.

La sclérose est strictement limitée à l'espace porte, nulle tendance à la sclérose intralobulaire et monocellulaire. A peine note-t-on à l'intérieur du lobule, à sa périphérie, quelques cellules lympho-conjonctives plus nombreuses que d'ordinaire et qui deviennent plus rares à mesure qu'on s'éloigne de l'espace porte. On n'y voit pas de fibres conjonctives intertrabéculaires. La limite est tranchée entre le lobule et la sclérose périportale, marquée par une sorte d'infiltration cellulaire diffuse, composée de cellules conjonctives jeunes et de mononucléaires siégeant dans les dernières travées conjonctives scléreuses de l'espace porte. Du côté du lobule, cette infiltration cesse brusquement; vers l'espace porte, elle s'atténue peu à peu.

Ces flocs de sclérose n'émettent pas de prolongement fibreux; ils n'ont aucune tendance à devenir annulaires.

L'espace portite est totale, mais la prédominance péribiliaire est d'une grande netteté. Les veines n'ont qu'un épaississement peu marqué de leur tunique externe. Donc périphlébite légère, mais pas d'endophlébite. Ce tissu conjonctif périveineux est diffus, peu épais et peu dense, parsemé de rares cellules conjonctives. Les artères semblent plus lésées, mais dans leur tunique externe seule. Pas d'endartérite actuelle, mais quelques anneaux denses de périartérite fibreuse et des points d'endartérite ancienne. Au contraire, les lésions péribiliaires sont très accentuées. L'épithélium biliaire semble partout respecté, mais la tunique conjonctive est quadruplée, et même quintuplée d'épaisseur. Ce sont des anneaux épais d'un tissu conjonctif dense, peu cellulaire, tranchant sur le tissu plus lâche du reste de l'espace porte. Ainsi ressort avec une grande netteté la périangiocholite fibreuse.

C'est surtout dans les espaces portes moyens et grands que l'on observe cette périangiocholite fibreuse non confondue avec le reste de l'épanouissement conjonctif de l'espace porte. Dans les petits espaces portes terminaux, les lésions sont plus jeunes, la sclérose est naissante, c'est une infiltration de cellules conjonctives à noyau ovalaire et de mononucléaires serrés, mais non confluent, ordonnée autour des petits vaisseaux biliaires. Parfois cette infiltration cellulaire y devient si dense qu'elle forme un nodule diffus : il a été impossible d'y retrouver le bacille de Hansen, pas plus d'ailleurs que d'autres microorganismes.

Formation de quelques néocanalicules biliaires dans les espaces portes terminaux.

Pas de sclérose périusépatique, les veines usépatiques sont normales : seuls quelques gros rameaux paraissent avoir leur tunique externe un peu épaissie.

Le parenchyme hépatique ne présente qu'une infiltration graisseuse péri-portale. L'ordination trabéculaire et cellulaire est conservée. La zone périusépatique est formée de cellules normales.

Dans la zone périportale, les travées paraissent plus étroites ; séparées par des capillaires plus larges, les cellules non dégénérées et sans réaction du noyau ont leur protoplasma surchargé de gouttelettes graisseuses de grosseur inégale, unique ou multiple. Pas de dégénérescence pigmentaire. Ce sont donc des lésions légères, mais diffuses.

Pas ou peu de périhépatite. Pas d'adénopathie hilare.

Pas de lésions péritonéales ni d'ascite.

Cette cirrhose hypertrophique péribiliaire est-elle due à la lèpre ou à un processus surajouté ? Il n'est pas inutile de rappeler que ce malade n'a jamais eu d'autre infection que la lèpre, qu'il n'était ni tuberculeux ni syphilitique, qu'envoyé jeune en France il avait échappé à la dysenterie, au paludisme, à la fièvre jaune, aux diarrhées exotiques, qu'il n'avait jamais eu d'ictère. Aussi inclinierions-nous à voir dans cette cirrhose le reste d'un processus lépreux. Nous ne constatons plus que le processus scléreux de guérison (1) qui s'est substitué aux infiltrats lépromateux et bacillaires, de même qu'à la peau les infiltrats cellulaires ont été remplacés par du tissu de sclérose, çà et là parsemé de rares nodules où l'on ne retrouve que difficilement quelques bacilles. Ne voit-on pas des lésions semblables produites par la tuberculose ? — L'infection lépreuse du foie a certainement été vasculaire, tout ce que nous savons de la lèpre nous le prouve, les périartérites, les points d'endartérite ancienne en sont ici témoins. Pourquoi donc la sclérose est-elle surtout et avant tout péribiliaire ? L'exemple de la tuberculose nous montre qu'une infection sanguine peut déterminer des lésions péribiliaires et biliaires. Ser-

(1) L'absence de bacilles n'est donc pas étonnante, la rate du malade est, elle aussi, abacillaire parce que scléreuse : « la rate renferme toujours des bacilles, alors même qu'elle paraît absolument saine » (Jeanselme). Comme au foie, ils y existaient donc, mais la sclérose de guérison les a fait disparaître.

gent a même réalisé expérimentalement la tuberculose biliaire par voie sanguine. L'origine artérielle de cette infection nous explique peut-être l'intégrité remarquable des épithéliums biliaires.

Cette forme du foie lépreux, cirrhose hypertrophique péribiliaire, ne nous semble pas avoir été signalée. L'histoire des cirrhoses lépreuses commence d'ailleurs à peine.

Tout autre est d'ordinaire le foie des lépreux (Jeanselme): « La glande hépatique, augmentée de poids et de volume, a souvent l'aspect du *foie cardiaque*;... la dégénérescence amyloïde est fréquente.... L'infiltration du tissu interstitiel est déjà visible à l'œil nu, elle siège surtout dans les espaces portes où elle arrive à constituer des *nodules* assez volumineux contenant de petites cellules. Quelquefois on voit aussi des *nodules lépreux* dans les *zones sus-hépatiques* légèrement sclérosées. Les *bacilles fourmillent* dans toutes ces lésions... Des boules bacillaires peuvent s'arrêter dans les capillaires sans provoquer de réaction. D'autres fois l'endothélium disparaît; il pourrait, d'après certains, se transformer en cellules géantes.... Au voisinage des lépromes les cellules hépatiques peuvent s'hypertrophier » et contenir de rares bacilles.

Les auteurs nous semblent donc avoir observé des lésions naissantes, dont certaines pourraient peut-être finir par une cirrhose analogue à la nôtre.

— La RATE n'est pas hypertrophiée (240 gr.).

Elle est pâle et scléreuse.

Périsplénite fibreuse.

Sclérose diffuse et périartérite dense, fibreuse, épaisse, dessinant de larges travées roses sur le fond bleu du parenchyme (éosine-bleu). Ça et là des points d'endartérite ancienne. Les vaisseaux ne sont pas dilatés, les capillaires sont pauvres de globules rouges (rate anémique).

Les corpuscules de Malpighi semblent diminués de nombre et de taille, il n'en reste plus à centre clair. Leurs éléments cellulaires sont normaux.

Pas de réaction myéloïde nette.

La pulpe est sclérosée, sa trame conjonctive est en réaction inflammatoire, les macrophages sont nombreux, phagocytant les globules rouges et chargés de pigment, les polynucléaires neutrophiles et surtout éosinophiles sont nombreux. Ça et là on voit une plasmazelle.

Pas de lépromes, pas de cellules lépreuses, pas de bacilles.

C'est, en résumé, une *sclérose infectieuse* de la rate, *périartérielle et pulpaire*, d'origine *lépreuse*. La lésion est assez comparable à celle du foie; le processus d'origine artérielle est maintenant éteint, donc abacillaire.

— Les deux testicules sont atteints.

Le droit est méconnaissable, réduit à un nodule sphérique dur, d'environ 8 millimètres de diamètre, perdu au milieu d'un gros peloton grassex à

enveloppe fibreuse. Des artères et des veines, épaisses et fibreuses, une ébauche de cordon, se rendent à ce moignon glandulaire. Ce testicule atrophié est formé par une capsule fibreuse épaisse émettant des cloisons rectilignes à partir d'un point qui représente peut-être le hile. Ces cloisons se divisent en sous-cloisons, d'où la formation d'une cinquantaine de logettes contenant un tissu conjonctif peu dense avec quelques cellules conjonctives et des mastzellen; au centre de chacune est une lumière glandulaire, bordée par une assise épithéliale cylindrique ou polygonale égrenant des blocs amorphes acidophiles à l'intérieur du conduit glandulaire. En plusieurs points les cellules paraissent ciliées. Autour de chaque tube épithélial, très distantes les uns des autres par la large sclérose, les cellules conjonctives sont nombreuses, à noyau ovalaire et incurvé, ordonnées concentriquement à la paroi de l'épithélium.

On ne trouve pas d'épididyme.

Pas de bacilles.

Est-ce un testicule autrefois sain, complètement atrophié par la lèpre, et où persistent des tubes glandulaires méconnaissables? Est-ce un testicule congénitalement anormal que la lèpre n'a fait que scléroser en respectant les tubes épithéliaux? Nous le croirions plutôt; les lésions de l'autre testicule sont autres et, quoique plus prononcées, ayant même détruit les épithéliums, elles permettent de retrouver le schéma d'une structure autrefois normale.

Testicule gauche. — Diminué de volume, dur et fibreux, entouré d'une vaginale libre.

Sclérose diffuse de la capsule fibreuse épaissie et des septa. Ce squelette fibreux épaissi a conservé son ordination normale et chaque vestige de tube est isolé dans une maille conjonctive à peine épaissie par une fente claire de tissu conjonctif lâche contenant quelques cellules conjonctives à noyau ovalaire. Autour de quelques artérioles on voit à peine un minime flot de sclérose. Ce processus scléreux du stroma s'efface donc devant la sclérose intense qui a détruit les tubes. Des cellules conjonctives plus nombreuses que normalement parsèment la trame sclérosée: çà et là, il en est une bourrée de bacilles, vacuolaire ou non. Près de la capsule vaginale, elles se groupent en quelques infiltrats diffusant entre les tubes autour d'un capillaire à parois épaisses. Ce sont des cellules conjonctives à noyau allongé dont quelques-unes vacuolaires et bacillaires, deux ou trois mastzellen. L'un de ces infiltrats contient de nombreux macrophages chargés de débris hémoglobiniques.

A la place de chaque tube glandulaire détruit, on voit un *bloc fibreux* de moindre grosseur que lui, si l'on compare des coupes de testicule sain. Ce bloc est formé de substance collagène claire homogène, non fibrillaire, à peine traversée de quelques fibrilles et parsemée de très rares cellules conjonctives normales à noyau ovalaire. Dans chacun on voit *plusieurs leprazellen* (1 à 6), cellules vacuolaires et bacillaires, tantôt à une seule vacuole énorme qui a refoulé et aplati le noyau, tantôt à multiples et fines vacuoles (4). Ces cellules vacuolaires donnent à ces blocs fibreux un aspect troué très particulier.

Le centre des blocs est tantôt plein, tantôt vide, en forme de fente très

(1) Tous les intermédiaires relient ces leprazellen au macrophage et à la cellule conjonctive tuméfiée.

aplatie acellulaire, tantôt occupé par une grosse leprazellen à énorme vacuole qui peut-être représente le reste dégénéré de l'épithélium glandulaire (?).

Ces blocs fibreux parsemés de quelques leprazellen se sont formés selon toute vraisemblance par réaction et épaissement de la paroi conjonctive propre des tubes séminifères : le processus fibreux a peu à peu étouffé les débris glandulaires dégénérés lépromateux détruits, qui parfois persistent sous forme d'une leprazelle à grosse vacuole, il a pris leur place. D'autres fois la lumière persiste, très réduite et vide d'éléments, souvent elle a disparu. Les leprazellen sont des cellules conjonctives normales proliférées de cette paroi propre et dégénérée (d'où la rareté des cellules normales).

Plusieurs des blocs nous ont paru parcourus par un ou deux très fins capillaires à paroi formée d'une seule cellule endothéliale et contenant un ou deux globules rouges. Cette fréquence des leprazellen dans l'intérieur des blocs fibreux contraste avec leur rareté dans le stroma conjonctif inter-tubulaire. Les bacilles n'existent donc guère que là, très rares dans le stroma, exceptionnels dans la vaginale (un seul paquet), ils sont d'ailleurs peu nombreux, ce qu'explique sans doute l'ancienneté du processus.

Tous les tubes sont ainsi détruits et transformés en blocs fibreux, sauf pour un seul lobule du pôle supérieur, là la charpente du stroma est tapissée par des débris épithéliaux aplatis, pâles, nécrosés, à noyau flou, revêtant souvent le type de cellule géante, vacuolaire, contenant de très rares bacilles (dégénérescence lépromateuse de l'épithélium). Ces débris tapissent tout le tour de la logette fibreuse et laissent un large vide.

Les artérioles sont atteintes de périartérite et endartérite fibreuses anciennes ; les capillaires à parois scléreuses sont dilatés et gorgés de globules rouges.

L'épididyme est remplacé par un tissu dense de sclérose, où les tubes ont disparu.

Les vaisseaux du cordon sont tous lésés ; le canal déférent n'est pas reconnaissable.

En résumé, orchite fibreuse lépreuse bacillaire : sclérose diffuse légère du stroma qui a conservé son architecture normale avec, çà et là, de petits infiltrats cellulaires, lésions énormes et diffuses des tubes glandulaires tous détruits et remplacés par des blocs fibreux parsemés de leprazellen.

Cette sclérose intense tubulaire est preuve de l'ancienneté du processus.

D'ordinaire, l'orchite est moins prononcée et nous ne connaissons pas de cas où elle ait atteint ce degré ; même dans les cas anciens, il persiste des débris non contestables d'épithélium ; les bacilles sont nombreux.

D'une extrême fréquence, cette orchite lépreuse est tantôt marquée à son début par des poussées aiguës, tantôt insidieuse ; c'était notre cas.

D'ordinaire, c'est une orchépididymite, presque toujours bilatérale. A l'inverse de la tuberculose, le cordon et la vaginale sont indemnes ; rarement. épanchement dans la vaginale.

Le testicule est lisse ou bosselé de tubercules petits et durs.

Histologiquement, le tissu conjonctif intertubulaire est sclérosé, infiltré de grosses cellules (1) vacuolisées et bacillaires, tantôt disséminées sans ordre, tantôt groupées en nodules assez distincts. On voit aussi des boules bacillaires et des bacilles libres dans le tissu de sclérose. Ça et là ces nodules imbriquent leurs cellules en « bulbe d'oignon » autour d'une artériole bourrée de bacilles.

Jeanselme a vu une fois ces cellules bacillaires former immédiatement au-dessous de l'albuginée une couche continue. Donc, extrême richesse bacillaire.

La membrane propre des tubes séminifères est toujours épaissie ; elle reste homogène ou elle est dissociée par des cellules fusiformes, bacillaires, disposées en couches concentriques. La lumière des canalicules est représentée par une fente comblée de cellules épithéliales desquamées et d'énormes amas microbiens. Artères épaissies. Endartérite. L'épithélium sécréteur n'est pas toujours détruit. Jeanselme l'a même vu proliférer en un petit adénome. Dans un cas au milieu des tractus sclérosés, les tubes séminifères presque normaux n'étaient reliés entre eux que par un tissu cellulaire lâche.

Souvent même les lésions sont minimes, touchant à peine le tissu interstitiel, laissant indemnes les tubes glandulaires ; les bacilles sont d'une extrême abondance dans le stroma conjonctif, entourant les tubes qu'ils ne pénètrent pas. A la fin d'une lèpre nerveuse, où il est si souvent difficile de retrouver, même dans les nerfs, le bacille de Hansen, Émile Weil a vu un de ces testicules peu touché (quoique privé de spermatozoïdes), bourré de bacilles ; ce cas est d'autant plus intéressant que le testicule était le seul organe où l'on ait trouvé ces bacilles, où l'on ait pu affirmer histologiquement la lèpre ; tous les autres organes étaient abacillaires, sauf la rate et la moelle, où une longue recherche en trouvait de très rares.

Cette autopsie est un *exemple des réactions fibreuses que peut déterminer la lèpre*. Cette sclérose est l'aboutissant des infiltrats lépromateux bacillaires et provoquée par eux. Dans les nerfs elle aboutit à cette névrite interstitielle si prononcée ; à la peau elle remplace les infiltrats cellulaires, qui, parfois, ont disparu, parfois ne subsistent plus que sous forme de petits nodules ou traînées périvasculaires, très pauvres de bacilles ; dans le derme elle va souvent jusqu'à donner l'aspect du tissu chéloïdien ; aux testicules elle détruit la glande, laissant à la place des tubes séminifères un tissu conjonctif riche de leprazellen et de bacilles. *Dans tous ces organes, à côté de la sclérose on retrouve encore le tissu spécifique lépreux : leprazellen et bacilles ; dans d'autres organes (foie et rate) la sclérose existe seule, l'infiltrat cellulaire lépreux et les bacilles ne sont plus retrouvables, c'est un degré de plus dans l'évolution scléreuse*. La constance des lésions et des bacilles dans la rate de tous les cas récents nous prouve cependant qu'ils ont existé.

(1) D'après JEANSELME, P. M. 1900, p. 389.

En résumé: 1° la lèpre est capable de provoquer des scléroses dans les nerfs, la peau et les viscères (orchites, cirrhose hypertrophique péri-biliaire, sclérose splénique...), on en observe tous les degrés ;

2° Cette sclérose est l'aboutissant du processus lépromateux des infiltrats cellulaires et bacillaires qui souvent persistent encore, mais qui parfois ont disparu.

3° Elle semble due à l'action directe des bacilles ; c'est donc un processus local de réaction conjonctive.

Herpès circiné trichophytique chez un enfant de 15 jours.

Par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.

Il s'agit d'un enfant entré dans le service à l'âge de 20 jours et portant sur la fesse et la cuisse gauches six plaques annulaires rouges surmontées de fines vésicules lactescentes dont le centre était sain ou légèrement squameux.

L'apparence était typiquement celle de l'herpès circiné parasitaire,

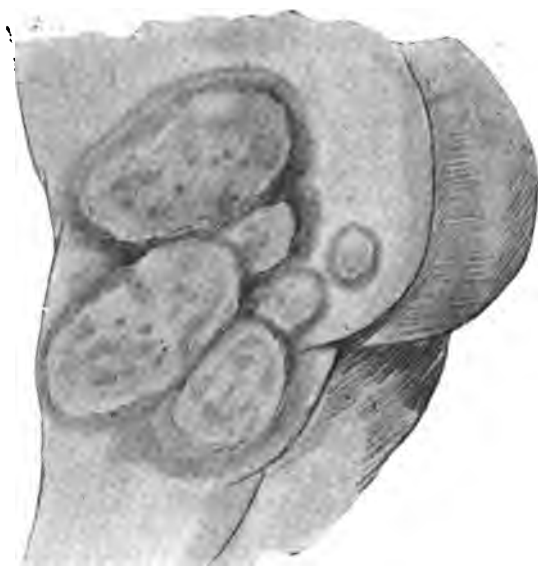


FIG. 1. — Herpès circiné trichophytique chez un nouveau-né de 15 jours.

et le microscope montra qu'il s'agissait effectivement de trichophytie.

M. Sabouraud, qui voulut bien se charger de faire la culture, reconnut l'existence d'une espèce particulière de trichophytie, dite

par lui *trichophytie des plis*; espèce qui a déterminé déjà plusieurs épidémies, surtout chez les jeunes sujets. La relation d'une de ces épidémies, a été donnée par Frèche et Dubreuilh (de Bordeaux); M. Sabouraud en a observé une dans une grande école de Paris; et dans ces derniers cas, comme la maladie siégeait aux plis inguinaux et qu'il s'agissait de grands jeunes gens, on avait soupçonné la syphilis.

Chez notre petit malade, la maladie datait des premiers jours de l'existence, car la mère l'avait remarquée dès le quinzième jour, époque où elle avait commencé à emmailloter elle-même son enfant.

Elle n'avait d'ailleurs sur elle aucune éruption semblable et disait que depuis le jour où elle l'avait remarqué, le mal s'était étendu très rapidement. Cette rapidité d'évolution est probablement en rapport avec une qualité particulière de l'épiderme chez les nouveau-nés.

La guérison a été obtenue très facilement avec quelques badigeonnages de teinture d'iode étendue au dixième dans de l'alcool.

Ce cas est probablement le premier exemple connu d'une trichophytie développée sur un sujet aussi jeune.

Le secrétaire :

E. LENGLET.

SÉANCE DU 3 MAI 1906

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : Sur le traitement local des syphilides, par M. HALLOPEAU. — Rapport sur la gestion du Comité de direction et la situation morale de la Société, par M. DANLOS, secrétaire général. — Sur un diagnostic tardif de syphilis facilité par un nouveau procédé d'investigation, par MM. HALLOPEAU et DONZÉ. (Discussion : MM. A. FOURNIER, HALLOPEAU.) — Sur un cas de xanthome tubéreux et en tumeurs juvénile offrant les caractères du xanthome diabétique, par MM. HALLOPEAU et MACÉ de LESPINAY (Discussion : MM. DARIER, HALLOPEAU.) — Sur une corne probable de la lèvre, par MM. HALLOPEAU et DONZÉ. — Sur la pathogénie du doublement d'une orchite syphilitique, par M. HALLOPEAU. — A propos de l'intoxication d'origine bismuthique chez le malade présenté par M. A. RENAULT, par M. LAFAY. (Discussion : MM. A. RENAULT, A. FOURNIER, CHOMPRET, BROcq, LÉvy-BING, LENGLET, LAFAY, HALLOPEAU.) — Ulcération linguale chez une enfant de 11 ans ; syphilis acquise, datant de deux ans, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL. — Perforation gommeuse hérédo-syphilitique du voile du palais chez une jeune fille vierge, de 15 ans, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL. — Epithélioma du dos de la main, par M. MORESTIN. — Epithélioma du pavillon de l'oreille propagé à la région parotidienne, par M. MORESTIN. — Cas de pityriasis rubra pilaire chez une femme, par M. J. BRAULT. — Nouveau mode de préparation du benzoate de mercure, par MM. DESMOULIÈRE et LAFAY. — Éruption iodique retardée, par M. MOTY. (Discussion : M. A. FOURNIER.) — Tertiariisme précoce (chancre phagédénique et perforation du voile du palais), par M. CARLE. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société.

- LARA. — *Étiologie et pathogénie de la lèpre*, 1906.
 HERXHEIMER. — Zur Kenntniss der Spirochæta pallida. Extr. : *Münchener medizin. Wochenschr.*, 1905.
 HERXHEIMER et LÖSER. — Ueber den Bau der Spirochæta pallida. *Aus der Hautkrankeanstalt des städtischen Krankenhauses in Frankfurt.*
 HERXHEIMER et MARIE OPIFICIUS. — Weitere Mitteilungen über die Spirochæta pallida. Extr. : *Münchener medizin. Wochenschr.*, 1906.
 THIEME. — Ueber Darstellungweise und Befund der bei Lues vorkommenden Spirochæta pallida. Extr. : *Deutschen medizin. Wochenschr.*, 1903.
Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 1905.

M. LE PRÉSIDENT informe la Société du décès du Professeur Haslund (Alex.)

professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de Copenhague, membre correspondant de la Société. Il fait l'éloge du défunt.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Sur le traitement local des syphilides.

Par M. H. HALLOPEAU.

Dans la dernière séance, à propos de ma communication sur *l'action locale de la pommade au calomel dans un cas de syphilides tubéreuses et hyperpigmentées du visage*, M. Danlos a fait observer que ce mode de traitement était employé depuis longtemps et qu'il avait appris de son maître Lailler à en faire usage.

Je suis loin d'avoir revendiqué à ce sujet la priorité : les avantages du traitement mercuriel local dans les syphilides ont été en effet à diverses reprises préconisés; Diday en particulier lui a apporté l'appui de sa grande expérience; M. A. Fournier l'a de même fréquemment conseillé. On ne peut dire cependant qu'il soit uniformément répandu dans la pratique courante; ouvrez les traités spéciaux; cherchez-y les pages consacrées au traitement du chancre induré : vous y verrez conseillées le plus souvent des applications banales, nullement spécifiques. Pour ma part, et c'est, je crois, ce qui m'est personnel, j'emploie *systématiquement* ce traitement local dans toute syphilide accessible à son influence : c'est ainsi que j'applique sur le chancre induré la pommade au calomel ou de l'ouate imprégnée de la solution de sublimé au cinq millième; que je conseille les mêmes moyens contre les plaques muqueuses, ou, si elles sont limitées, particulièrement à la langue, la cautérisation par le nitrate acide avec les précautions nécessaires; contre les syphilides serpigineuses, soit l'emplâtre de Vigo ou de Vidal, soit les moyens indiqués précédemment si elles sont ulcérées; contre les syphilis oculaires, un collutoire renfermant un vingt-millième de sublimé; contre les syphilides généralisées, les bains de sublimé; contre l'ozène spécifique, les pulvérisations avec la solution de sublimé; contre les manifestations dans le tube digestif ou le foie, le calomel. Dans un seul cas, j'associe au traitement spécifique local des cautérisations avec le nitrate d'argent, c'est lorsqu'il s'agit de plaques muqueuses ou de tubercules ulcérés et végétants au niveau desquels il existe une infection associée.

Si je ne me trompe, cette systématisation du traitement mercuriel local, sur laquelle j'ai insisté déjà à plusieurs reprises, ne doit pas être regardée comme banale et je la considère comme étant d'une grande utilité pratique.

Rapport sur la gestion du Comité de direction et la situation morale de la Société.

Par M. DANLOS, secrétaire général.

Un article de nos statuts a décidé que l'Assemblée annuelle doit entendre deux rapports, l'un sur la gestion du Comité de direction, l'autre sur la situation financière et morale de la Société.

Au cours de l'année qui vient de s'écouler, le Comité n'a pas eu l'occasion de faire acte de direction; par conséquent, le rapport sur sa gestion n'est pas nécessaire; mais un scrupule m'arrête au sujet de la situation morale de la Société. Je ne comprends pas bien la portée de l'expression, et je me demande ce que veut dire le mot *situation morale* appliqué à une Société purement scientifique. En y réfléchissant, j'imagine que l'auteur des statuts a voulu parler de l'autorité morale de notre Société; autorité dont la mesure est la valeur de son activité scientifique; et par cette interprétation, je ne crois pas trahir sa pensée. J'y répondrai en disant que jamais l'activité scientifique de la Société n'a été plus grande. Nos ordres du jour sont tellement chargés que la durée de nos séances ne suffit pas à les épuiser; et que l'on est trop souvent contraint de sacrifier un peu les dernières communications. Les présentations de malades sont aussi nombreuses qu'intéressantes et les discussions qu'elles soulèvent, bien que parfois un peu animées, restent toujours courtoises. En un mot, la prospérité scientifique est incontestable. Je ne veux pas dire cependant que tout soit parfait. Quelques améliorations pourraient être réalisées. Si nous disposions d'un local plus étendu, il y aurait avantage à y réunir d'avance les malades présentés, pour les soumettre à l'examen préalable des membres de la Société; les observations faites à leur sujet seraient ainsi plus complètes et souvent plus intéressantes. Il serait à désirer aussi qu'il y eût un peu moins de désordre au moment des présentations; car vous savez que l'affluence autour des malades est une gêne réelle pour les secrétaires, qui dans ce brouhaha ont quelque peine à entendre la voix du présentateur et à saisir les observations; mais ce sont là des détails accessoires sur lesquels il n'y a pas lieu de trop insister. Pour bien juger de notre activité scientifique, il suffirait d'ailleurs de jeter un coup d'œil sur nos bulletins, et puisque je parle de ceux-ci, vous n'avez pas été sans remarquer que plusieurs numéros de cette année ont paru avec quelque retard. C'est un fait regrettable dont je m'efforcerai d'empêcher le retour; mais il me faut pour cela l'aide et la bonne volonté de tous. Pour que le *Bulletin* puisse paraître quelques jours avant la séance qui suit celle dont il rend compte, il faut que les manuscrits soient remis au secrétaire le vendredi, au plus tard le samedi matin après la communication,

de manière que le manuscrit général soit établi et remis à l'impression dès le lundi qui suit la séance. Il faut que les auteurs fassent leurs corrections dans le délai réglementaire de quarante-huit heures.

Quand ces conditions ne seront pas remplies, je me verrai avec regret dans l'obligation de remettre les communications en retard au *Bulletin* suivant. L'intérêt général exige, en effet, que chaque numéro paraisse avant la séance du mois suivant; et, aux termes de notre accord avec l'imprimeur, un délai de dix jours est de droit entre la date du bon à tirer et celle de l'apparition du *Bulletin*; ce qui réduit considérablement le temps dont nous disposons nous-mêmes.

Vous avez pu voir, dans notre dernier numéro, des figures noires encadrées dans le texte: c'est une innovation un peu coûteuse, mais qui augmentera beaucoup la valeur de cette publication. Nous avons l'intention de multiplier ces dessins autant que le permettra l'étendue malheureusement trop restreinte de nos ressources. Il serait encore préférable d'y joindre des planches coloriées; j'espère y arriver un jour, mais dans l'état actuel de nos finances, c'est un luxe que nous ne pouvons pas encore nous permettre.

Relativement à la situation financière de la Société, je ne vous donnerai aucun détail, réservant ce soin à notre trésorier. Je me contenterai de vous dire, au nom du Comité de direction, que notre budget se boucle par un léger excédent et, en mon nom personnel, que nous pouvons bientôt espérer des jours meilleurs. M. Hallopeau m'a fait savoir qu'un de ses clients avait par testament légué à l'Académie de médecine une rente de 10 000 francs, avec affectation obligatoire d'une somme annuelle de 2 000 francs à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Nous ne sommes pas encore et ne serons pas de quelque temps en possession de ces arrérages, car ce legs est soumis au Conseil d'État, et vous savez quelle sage lenteur cette haute assemblée apporte à l'expédition des affaires; mais ce n'est là qu'un retard, qui pour prolongé qu'il soit ne peut que différer un peu l'attribution du bienfait de ce généreux donateur. Aussi, je crois être l'interprète de la Société tout entière en remerciant en votre nom notre collègue Hallopeau, pour ce nouveau service qui assure à notre Société la prospérité financière pendant que ses nombreuses et toujours intéressantes communications contribuent dans une large mesure à sa prospérité scientifique.

Je prie également M. Hallopeau de présenter l'expression de notre gratitude à la famille de son généreux client; et je recommande son exemple à l'imitation de nos collègues.

Nous avons reçu cette année un certain nombre de membres

nouveaux : MM. Beurnier, Constantin, Dalous, François-Dainville, Griffon, Gröhl, Legendre, Morestin, Nicolas, Ombredanne, Payenneville, Rostaine, de Rothschild, Coyon, Eck, Fouquet, Rochard, Sabareanu et Teulon-Valio, à qui je souhaite en votre nom la bienvenue parmi nous, et qui contribueront à rehausser l'éclat de nos travaux. Malheureusement, nous avons aussi subi des pertes cruelles.

Nous avons eu la douleur de perdre Barbe, Brousse, Mauriac et Du Castel.

BARBE CARL, d'origine autrichienne, né en Transylvanie, mais élevé à Paris, où il fit ses études au lycée Condorcet, fut reçu docteur en 1884.

L'année d'internat qu'il fit à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du Dr Lailler, détermina son orientation médicale vers la dermatologie. Devenu assistant du professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Antoine, il fit en collaboration avec son maître de nombreuses communications à notre Société et plusieurs articles, notamment l'article *Maladies de la peau* du *Traité de médecine et de thérapeutique*.

Sous sa seule signature, il a publié un ouvrage sur la diagnostic et le traitement des maladies de la peau. Ces publications lui avaient valu le titre de membre correspondant de la Société de Dermatologie de Vienne. Il a succombé jeune à une longue et pénible maladie, dont il avait quelques années auparavant supporté victorieusement les premières atteintes. Sa mort prématurée a laissé de vifs regrets à tous ceux qui, ayant été en rapport avec lui, avaient pu apprécier ses qualités de médecin, de travailleur et d'ami.

BROUSSE AUGUSTE, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, a succombé, le 19 octobre dernier, à l'âge de 50 ans. D'abord élève, puis chef de clinique à la Faculté de Montpellier, il ne s'était spécialisé dans la dermato-syphiligraphie qu'après sa nomination à l'agrégation. Son premier ouvrage, écrit sous l'influence du Professeur Grasset, fut consacré à l'étude de la maladie de Friedreich. Depuis, il a publié, dans le domaine de notre spécialité, d'importants travaux, en particulier sur la lèpre et sur la thérapeutique des maladies cutanées et syphilitiques. Quelque temps avant sa mort, il remettait aux *Annales* une étude intéressante sur un cas de pemphigus foliacé primitif, étude qui a paru dans le numéro même où l'on annonçait sa fin. Travailleur acharné, il a écrit, dit-on, au cours de la maladie qui devait l'emporter, un précis de dermatologie dont on nous fait espérer la publication et qui consacrera, pour les générations à venir, la mémoire de ce maître consciencieux et modeste dont l'enseignement était fort apprécié de tous ceux qui l'ont connu.

Avec MAURIAC CHARLES-MARIE-TAMARELLE a disparu une des grandes figures de la vénéréologie contemporaine. Doué d'une prodigieuse mémoire et d'une grande facilité d'élocution, il avait franchi sans

effort tous les échelons de la hiérarchie médicale. Interne à vingt-deux ans, titulaire de la médaille d'or à vingt-six, docteur à vingt-huit, médecin du Bureau central à trente ans; il entra en 1869 à l'hôpital du Midi où il fit toute sa carrière. A ce moment, l'éclat jeté sur l'école du Midi par l'enseignement de Ricord n'était pas encore affaibli, mais dans la doctrine du maître quelques points de détails avaient déjà soulevé des critiques vives et légitimes. Mauriac se fit un devoir de reprendre toutes les questions, pour ainsi dire *ab ovo*, et son investigation, comme il le dit lui-même, fut impartiale et porta sur tous les sujets. De son labeur incessant sortirent quarante mémoires, tous marqués au coin de l'observation et de la critique personnelles, et qui furent publiés dans la *Gazette des hôpitaux*, la *Gazette hebdomadaire* et les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Parmi eux, nous citerons, en 1870, son étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchite-épididymite blennorrhagique; en 1872, un mémoire sur le paraphimosis. La même année, un travail sur les affections syphilitiques précoces du système osseux; en 1874, son important mémoire sur le psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale; quelques mois plus tard, son premier travail sur les affections syphilitiques précoces du système nerveux, sujet dont il s'est occupé avec prédilection et sur lequel il est souvent revenu; en 1877, son mémoire sur l'herpès névralgique des organes génitaux, et une étude sur la syphilose pharyngo-nasale; en 1880, des leçons très documentées sur les variétés du chancre syphilitique; en 1881, une étude où il conclut à l'inutilité de son excision.

C'est alors qu'il entreprit la publication du grand ouvrage qui consacra définitivement sa magistrale autorité de syphiligraphe, et dans lequel il étudia, en deux gros volumes, à l'aide d'observations tirées de sa pratique personnelle, le domaine tout entier de la syphilis. Les deux volumes, bien qu'un peu touffus, sont une mine précieuse et seront toujours lus avec grand profit par les médecins qui voudront connaître à fond la syphilis dans toutes ses modalités. L'auteur nous avait promis un volume complémentaire sur la blennorrhagie et la chancrelle. Je ne crois pas qu'il ait été écrit; en tout cas, il n'a pas paru. Les deux volumes consacrés à l'étude de la vérole sont des années 1883 et 1890. En 1896, Mauriac les a complétés par son grand traité sur le traitement de la syphilis. Dans cet ouvrage que l'on pourrait considérer comme son testament médical, l'auteur insiste sur cette idée que dans la vérole, outre la maladie, on doit considérer le terrain sur lequel elle évolue; et qu'à côté de la médication dite spécifique, se placent des médications auxiliaires, dont la sagacité du médecin doit savoir user suivant les indications particulières à chaque cas, pour tirer de la médication spécifique elle-même tous les résultats qu'on en doit attendre.

Malgré le labeur considérable nécessité par la production de tous ces ouvrages, Mauriac trouvait le moyen de s'intéresser à toutes les branches artistiques de l'activité humaine. Littérature, musique, beaux-arts, rien ne lui était étranger. Je n'insiste pas sur ces points que vous connaissez tous ; mais ce que l'on sait moins, c'est qu'il existait un Mauriac inconnu dont Armand Siredey, dans sa très remarquable notice nécrologique, nous a révélé l'existence.

Dans sa jeunesse notre collègue avait voulu être marin, et de cette vocation contrariée par sa famille il avait conservé le goût des voyages et de la mer. Pour satisfaire le premier, depuis sa mise à la retraite il s'était adonné à l'exploration minutieuse des environs de Paris, remplaçant sa visite d'hôpital par une promenade autour de la capitale, cherchant partout des centres d'observation du haut desquels il fouillait minutieusement, comme du pont d'un navire, la campagne voisine à l'aide de plusieurs longues-vues dont il était toujours porteur.

Resté très curieux des choses de la mer, il avait acquis sur elle des connaissances théoriques qui étonnaient les professionnels, et pour montrer que les connaissances pratiques ne lui auraient pas manqué, il concevait, puis construisait et gréait de ses propres mains des types de navires dont il se plaisait à essayer les qualités nautiques sur les bassins du Luxembourg et des Tuileries, au grand ébahissement du public, étonné de voir un homme grave s'adonner à un exercice plutôt enfantin.

Quelle qu'ait été son habileté dans ce genre d'exercice, ce n'est pas par ces mérites de navigateur en chambre qu'il vivra dans notre mémoire ; il y vivra par la valeur de ses ouvrages, et par le souvenir de son labeur incessant ; il y vivra aussi parce qu'il fréquentait assidûment les séances de la Société de dermatologie, et nous aimions à voir sa physionomie intelligente, fine et narquoise ; et à profiter des observations que lui suggéraient en matière de syphilis son incomparable expérience. Sa place restera longtemps vide parmi nous et sa mort a été pour notre Société une perte sérieuse.

Ce fut une perte aussi, et une perte cruelle que la disparition prématurée de notre excellent collègue RENÉ DU CASTEL, membre de l'Académie de médecine et médecin de cet hôpital. Rien dans son apparence ne permettait de prévoir sa fin précoce et tous nous espérions qu'il serait longtemps conservé à notre amitié, à la science et à ses malades. A part d'infructueuses tentatives au concours de l'agrégation, sa carrière médicale avait été plutôt facile et brillante. Interne à 22 ans, docteur à 26, il s'occupa d'abord au laboratoire de Rouvier d'histologie pathologique ; plus tard, chef de clinique de Lasègue, et chef de laboratoire de Potain, il semblait se destiner à la médecine générale, mais une crise ou plutôt des crises répétées

d'appendicite l'obligèrent à se ménager pour éviter une trop grande fatigue. Aussi, après un séjour d'un an à l'hôpital Tenon, sur les conseils de son maître Vidal, résolut-il de se spécialiser.

Pendant six ans, de 1884 à 1890, il fut médecin à l'hôpital Ricord. Ensuite il entra à l'hôpital Saint-Louis, qu'il ne devait quitter que pour mourir.

Je ne dirai rien des travaux, pourtant nombreux et intéressants, qu'il publia sur différentes questions de médecine générale, avant de se consacrer à la dermatologie ; je ne saurais toutefois passer sous silence le traitement qu'il avait imaginé pour la variole, traitement par la médication éthéro-opiacée qui réalisait un progrès sur les méthodes anciennes, et sur lequel il publia un intéressant mémoire que l'Académie de médecine récompensa par le prix Desportes. En 1891, il fit paraître ses leçons cliniques sur les affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme, qui sont une des meilleures monographies publiées sur ce sujet. Depuis il a touché, tant dans ses leçons cliniques que dans ses communications à notre Société, presque à tous les points de la dermato-syphiligraphie. Parmi ces travaux je mentionnerai d'une manière particulière ses publications sur les diverses formes de la tuberculose cutanée et ses études thérapeutiques.

Le premier, il a introduit en thérapeutique cutanée l'emploi de l'acide lactique pour modifier le prurit souvent si pénible et si rebelle dans les dermatoses ; et a constaté que l'injection de calomel exerce parfois dans le lupus une action curative incomplète, capable de conduire à des confusions regrettables entre la syphilis et la tuberculose.

En clinique, il se montrait observateur sagace et minutieux ; mais, sa qualité dominante était une sûreté de jugement que lui auraient enviée beaucoup de confrères plus brillants, et qui lui permettait d'établir sur des bases solides la discussion d'un diagnostic et les indications d'un traitement. De cette faculté précieuse nous avons eu maintes fois la preuve dans les discussions de notre Société, où son intervention toujours discrète se traduisait par quelques mots d'approbation ; quelquefois aussi par une parole un peu moqueuse ou même un simple sourire. Tel était le médecin ; pour bien apprécier l'homme je ne saurais mieux faire que de reproduire le jugement porté sur lui en ces termes par un de ses meilleurs amis : « Au point de vue moral, Du Castel était avant tout un homme de devoir et de droiture, un médecin plein de bonté et de dévouement ; un causeur enjoué, parfois un peu ironique mais incapable d'une parole qui pût blesser. »

Un philosophe a dit qu'il n'y a pas de spectacle plus grand que celui d'un honnête homme luttant sans défaillance contre l'adversité ;

l'énergie de Du Castel, comblé jusqu'alors des biens de la fortune, entouré d'une famille qu'il adorait et néanmoins envisageant sans faiblir la perspective de sa fin prochaine, ne mérite pas moins d'admiration. Il a senti venir l'inévitable séparation, avec l'espérance d'un croyant et la résignation d'un sage, léguant par sa fermeté à ceux qui l'ont connu le réconfortant exemple d'une belle mort après l'exemple d'une belle vie.

M. TRIBIERGE lit ensuite le rapport sur la situation financière de la Société (1).

Sur un diagnostic tardif de syphilis facilité par un nouveau procédé d'investigation.

Par MM. H. HALLOPEAU et DONZÉ.

Il y a 25 ans que le nommé Pierre Baz... est entré dans la salle Bazin; il a été traité pendant 5 ans par Lailler, depuis lors par l'un de nous, et c'est tout récemment seulement que nous avons pu reconnaître en toute certitude que sa destruction nasale était d'origine syphilitique.

Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le nommé B..., Pierre, infirmier, Agé de 57 ans, entré le 27 mars, salle Bazin, lit n° 34.

Pas d'antécédents dignes d'être notés.

Le malade assure qu'il n'a jamais eu la syphilis.

A l'âge de 22 ans, il lui est survenu, sur la racine et les ailes du nez, des petits boutons du volume d'une tête d'épingle, d'un rouge foncé.

La muqueuse du nez s'est ulcérée. Progressivement, les éléments papuleux sont devenus confluents et ont envahi toute la surface cutanée du nez. La peau de la lèvre supérieure elle-même était couverte de ces éléments.

A ce moment, le malade a été soigné par Lailler qui diagnostiqua un lupus et prescrivit des applications de teinture d'iode ainsi que des attouchements au nitrate d'argent. A l'intérieur, il donna au malade de l'iodure de potassium.

La confluence des ulcérations produisit une vaste perte de substance qui peu à peu se cicatrissa, mais constamment, depuis lors, des ulcérations des fosses nasales avec écoulement d'une suppuration fétide ont persisté. Au bout d'un an, l'aspect du visage était le même que nous constatons aujourd'hui.

La région présternale est devenue dans ces derniers mois le siège d'une éruption serpiginieuse spécifique qui a en grande partie rétrocedé sous l'influence d'un traitement mixte.

La cicatrice faciale présente la forme d'un quadrilatère à bords curvilignes dont le sommet répond à l'union des 3/4 avec le 1/4 supérieur du nez, les angles latéraux à la région malaire, et l'angle inférieur à la partie médiane

(1) Ces deux communications ont été lues à la séance du 5 avril,

de la lèvre inférieure. On peut encore comparer cette cicatrice à deux bourrelets, l'un vertical, l'autre transversal, saillants, mesurant chacun de 2 à 3 centimètres de diamètre, et interrompus à leur partie centrale par l'orifice du nez. Le bourrelet vertical mesure 8 centimètres et le transversal 11 centimètres de diamètre. L'entonnoir médian, qui représente en même temps l'orifice des fosses nasales et le lobule nasal disparu, mesure 13 millimètres de diamètre. Il est régulièrement arrondi; son contour postérieur est à environ 1 centimètre de distance de la cicatrice jugale.

Toute cette cicatrice est presque complètement lisse. On voit seulement quelques plicatures à son extrémité supérieure; sa partie inférieure comprend toute l'épaisseur de la lèvre. Elle se continue avec un épaississement cicatriciel du frein de la lèvre.

Profondément, l'orifice nasal est en contiguïté avec une surface ulcérée. La cloison des fosses nasales a entièrement disparu. On voit, par l'examen direct, l'arrière-cavité des fosses nasales communiquant par une large perte de substance ogivale avec ces cavités. Cette arrière-cavité est elle-même le siège d'ulcérations et de saillies tomenteuses. Le voile du palais est complètement détruit. La paroi postérieure du pharynx est couverte de cicatrices blanchâtres, sur lesquelles se détachent quelques bourgeons charnus. La cavité pharyngienne correspond avec l'arrière-cavité des fosses nasales par un orifice dont la paroi postérieure est ulcérée et le contour antérieur curviligne également ulcéré. Cet orifice mesure environ 2 millimètres transversalement sur 8 millimètres d'avant en arrière. Une goutte de pus épais sourd des fosses nasales.

Ces ulcérations, remontant au début de sa maladie, ont toujours persisté depuis lors.

L'altération présternale est en voie de régression. Elle est représentée par une cicatrice à bords polycycliques mesurant 6^m,3 transversalement sur 4 verticalement. On y distingue encore deux groupes d'éléments éruptifs. Celui de droite est représenté par les 2/3 du cercle, d'une coloration rouge; une partie est affaissée, une partie au contraire est recouverte d'une croûte verdâtre, mélancérique; du côté gauche, on voit également une macule limitée par un contour polycyclique dont la saillie s'est effacée; il ne reste en activité qu'une ulcération recouverte d'une croûte verdâtre.

On sent sur la face dorsale du sillon balano-préputial une induration nettement appréciable.

Le diagnostic a toujours hésité jusqu'à ces derniers temps entre un lupus destructif ou des syphilides. On nous objectera que l'induration du sillon balano-préputial consécutive au chancre aurait dû nous mettre sur la voie, mais elle est surtout appréciable lorsque l'on saisit, par l'intermédiaire de fourreau la partie atteinte, et nous n'avons reconnu que dans ces derniers temps la valeur de cet artifice d'exploration. Nous pouvons d'ailleurs nous abriter sous la grande autorité de notre prédécesseur: malgré des examens réitérés, il était resté dans le doute,

Si nous inclinions personnellement vers l'hypothèse d'une syphilose, c'est surtout en raison de l'absence complète de récidives: il est rare en effet qu'un lupus persiste ainsi pendant plus de 20 ans sans présenter de nouvelles manifestations sous la forme de nodules.

L'apparition dans ces derniers temps de l'éruption présternale est venue juger la question, car elle a eu et présente encore nettement les caractères d'une syphilide.

La syphilide nasale est remarquable par l'étendue de la perte de substance qu'elle a laissée à sa suite et l'aspect tout particulier qu'elle donne à la physionomie du malade; nous demanderons à Baretta de nous en laisser l'image dans le musée de Saint-Louis.

La marche de la maladie n'a jamais été enrayée complètement et il s'est produit par l'orifice nasal un écoulement fétide.

M. A. FOURNIER. — Il est bien extraordinaire qu'une induration persiste 25 ans après le chancre. Sans doute Puche a signalé de vieille date des indurations extrêmement persistantes; mais de tels faits sont tout à fait rares. Aussi, d'une façon générale, ferai-je des réserves sur la signification que M. Hallopeau attribue à cette induration, qui peut être la conséquence de balanites répétées.

M. HALLOPEAU. — Je pourrai montrer à M. Fournier un homme qui a eu un chancre il y a 39 ans et qui a encore une induration très manifeste.

M. A. FOURNIER. — Je ne nie pas que l'induration puisse persister aussi longtemps; mais je pense que c'est là un fait exceptionnel et qu'on ne peut donner comme usuel. Chez les gens du peuple, l'absence de propreté et, en particulier, l'accumulation de smegma sont des causes fréquentes d'indurations chroniques.

Sur un cas de xanthome tubéreux et en tumeurs juvénile offrant les caractères du xanthome diabétique.

Par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LESPINAY.

Ce fait présente diverses particularités qui nous paraissent mériter l'attention.

L'observation peut être résumée ainsi qu'il suit:

Théophile, âgé de 46 ans, horloger, salle Bazin, n° 36.

Né avec un pied bot, il n'a marché que tard.

Il s'est mal développé. A 17 ans sa colonne vertébrale se dévia peu à peu; il mit un corset orthopédique, mais l'infirmité s'accrut.

Il a eu de l'ictère il y a 15 ans.

Aucune maladie vénérienne.

Plusieurs accidents, chutes, morsures, coup de hache sur la tête, etc.

Depuis l'enfance, il a eu des saillies anormales aux genoux et aux coudes. Ces tubérosités le gênaient peu; cependant celles des genoux saignaient facilement; à 15 ans, on les lui enleva, mais elles récidivèrent bientôt. De temps

en temps elles ont suppuré. C'est d'ailleurs à cause de cette suppuration que le malade vient à l'hôpital.

Il est de très petite taille, tassé sur lui-même; il présente une forte scoliose à convexité droite et un pied bot à gauche, qui fut opéré et redressé dans le jeune âge.

Sur la *tête*, on remarque :

Au *cuir chevelu*, où les cheveux sont rares, une cicatrice déprimée, résultant de son accident (coup de hache);

Au *front*, plusieurs cicatrices, dont quelques-unes ont nettement une teinte jaune; ces cicatrices, au nombre de 3 principales, sont très irrégulières, des dimensions d'une pièce d'un franc, un peu déprimées; elles isolent par entre-croisement un certain nombre de petits lobules où l'on aperçoit la saillie des glandes pilo-sébacées : par conséquent, leur origine traumatique est peu vraisemblable;

Sur le *nez*, une autre cicatrice transversale;

Sur la *joue droite*, une dépression linéaire, également jaunâtre;

Sur la *joue gauche*, une large cicatrice consécutive à une brûlure ancienne;

Il existe une tuméfaction bilatérale des joues, liée à une hypertrophie des glandes parotides.

A la partie interne de la *lèvre inférieure*, on voit une tache pigmentaire du volume d'une demi-lentille. Rien d'autre dans la cavité buccale.

Sur le *cou*, nous notons de nombreux grains pilaires dont certains sont entourés d'une petite saillie nodulaire avec comédons très volumineux.

Sur le *tronc*, à part la scoliose, les déformations de la cage thoracique et une hernie ombilicale, on remarque seulement des cicatrices de ventouses scarifiées, de petites saillies, notamment dans le dos, sans coloration anormale de la peau et plusieurs taches pigmentaires.

A la *fesse gauche*, 5 placards éruptifs ont l'aspect de grains de raisin vidés; on y voit des glandes sébacées à saillie anormale, avec comédon saillant et volumineux. Pas d'adénopathie axillaire appréciable.

Sur les *bras*, on remarque à peu près symétriquement, aux deux coudes, deux masses volumineuses, de la grosseur d'un œuf de pigeon, d'une teinte rougeâtre, mobiles, non douloureuses.

A *droite*, la masse est un peu plus considérable, avec une partie amincie, pédiculée. Elle est localisée dans le derme dont elle représente un épaississement. Sa consistance est flasque. Sa partie inférieure est le siège d'une dépression qui peut-être résulte d'une ulcération ancienne. Il existe une légère suppuration de la surface excoriée.

Au-dessous, une tumeur semblable, grosse comme une noisette, est flasque et ressemble à un grain de raisin vidé. Elle présente des saillies des glandes sébacées avec gros comédons. Sur le dos du poignet, un placard éruptif mesure environ 3 centimètres de large sur 4 de hauteur; ses contours sont sinueux; la peau y est plissée, amincie, en partie pigmentée, en partie décolorée, avec nuance légèrement jaunâtre. Il s'agit évidemment d'une néoplasie qui s'est résorbée en laissant une plus grande laxité des tissus.

Une altération analogue s'observe sur le dos de la quatrième articulation métacarpo-phalangienne : ici, la coloration est violacée; la consistance est plus considérable.

Sur la cinquième articulation de la même main, une masse violacée intéresse le derme ; elle présente plusieurs orifices d'où sort du pus.

On voit à la partie inférieure de l'avant-bras un plissement en fer à cheval de la peau ; de même, à la partie interne du poignet.

Sur l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, même plaque avec exagération des plis de la peau et un certain nombre d'épaississements nodulaires. La nuance est légèrement jaunâtre.

Sur les doigts, on voit un certain nombre d'épaississements nodulaires disséminés.

A gauche, on distingue, au coude, une masse du volume d'une grosse noix ; à sa partie externe, 3 saillies pédiculées, ayant l'aspect de marisques, ou de grains de raisin vidés. Sur la masse principale, on voit 3 dépressions, dont 4 sont recouvertes de croûtes.

Sur l'avant-bras gauche, se trouvent plusieurs dépressions à contours irréguliers, avec aspect cicatriciel, de coloration vaguement jaunâtre, en partie pigmentées. La peau est plissée en crépons ; ces plissements sont comparables à ceux que l'un de nous a décrits dans certains lépromes.

Sur la main gauche, on voit des altérations à différentes périodes de leur évolution. L'une, sur le dos de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, est saillante, indurée légèrement avec plissement de la peau. Il en est de même pour l'altération de l'articulation de l'auriculaire et du pouce. Les orifices pilo-sébacés y sont dilatés. D'autres placards sont déprimés, avec amincissement de la peau.

Il y a un nodule du volume d'un pois, sur l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, de consistance ferme, intéressant surtout la couche profonde du derme, sensible au toucher. Il date de quelques jours seulement, dit le malade, et doit, d'après son expérience personnelle, disparaître promptement.

Membres inférieurs. — Au-devant du genou droit, on voit un placard éruptif de 13 centimètres de haut sur 9 de large. La plus grande partie est au-dessous de la rotule. Ferme au toucher, elle paraît constituée par un épaississement du derme et de l'hypoderme. La surface est en partie violacée, en partie décolorée. On y voit des ulcérations dont quelques-unes sont recouvertes de croûtelles.

La partie supérieure de ce placard est au contraire affaissée. La peau y est profondément ridée, et les plis qu'on imprime y persistent. Ici encore on a l'idée d'une néoplasie qui s'est résorbée et a laissé une grande laxité de tissu ; on y voit des dépressions cicatricielles qui ont une coloration en partie légèrement jaunâtre, en partie dépigmentée.

Ce placard se continue en dehors avec une altération de même nature au niveau de laquelle la résorption est complète. Il ne reste qu'un amincissement de la peau, avec exagération de ses plis et une hyperpigmentation partielle. Cette partie est notablement affaissée au-dessous de la peau saine. Ses dimensions sont de 6 millimètres transversalement sur 4 verticalement.

Plus bas, à la partie supéro-externe de la jambe, mêmes dépressions cicatricielles, mêmes plissements, mêmes affaissements de la peau en plusieurs placards. Leurs bords sont nettement arrêtés.

Tout le long de la crête tibiale, épaississements cutanés, de forme irrégu-

lière, sur une hauteur de 16 centimètres, larges de 1 à 3 centimètres, avec pigmentation rouge brun de la peau.

Plus bas encore, sur le devant du cou-de-pied, saillie non colorée, présentant l'aspect de grains de raisin en partie vidés.

Sur la *malléole* externe du côté droit, saillie du volume d'une pastille, dont le bord libre se détache de la peau saine à la manière de celui d'un molluscum.

A la partie postérieure du talon, hyperkératose dans la moitié externe, avec croûtes déprimées en godet.

A gauche, dans la région prérotulienne, placard semblable à celui du côté opposé, avec excoriation de date récente.

Au-devant du tibia, placards d'aspect cicatriciel semblables à ceux du côté opposé. Néoplasies multiples. L'une d'elles occupe le dos du pied; une autre, le dos de l'articulation métacarpo-phalangienne. Dans celle-ci, on distingue une partie violacée, saillante, et une partie décolorée avec reflet jaunâtre, donnant la sensation d'une néoplasie vidée.

Il existe un pied bot congénital.

Tous les orteils sont dystrophisés.

Adénopathies verticales et transversales de la région inguinale.

Le cœur, les poumons sont normaux. Le foie n'est pas augmenté de volume. Pas de troubles digestifs.

Il n'y a pas de sucre.

Il y a des traces légères d'albumine.

Le diagnostic ne nous paraît pas douteux; le siège de prédilection des néoplasies au niveau des coudes et des genoux, leur siège intra-dermique, leur consistance molle, leur couleur violacée avec quelques nuances tirant sur le jaune, la netteté de cette même coloration au niveau des cicatrices du front, leur régression constituent un ensemble de symptômes que l'on n'oublie pas lorsque l'on a eu l'occasion de les observer. Il suffit d'ailleurs de comparer les placards éruptifs de notre malade avec ceux qu'a figurés Baretta sous ce titre pour être convaincu.

Comme particularités, nous signalerons dans cette observation le nombre considérable de placards qui se sont résorbés, en ne laissant d'autre trace qu'un affaissement avec grande laxité des téguments, le défaut, presque partout, de la coloration jaune, l'absence complète de localisations palpébrales, les ulcérations qui se sont produites à plusieurs reprises et ont laissé des cicatrices indélébiles, la disposition en traînée le long du tibia, les nombreuses saillies comédoniennes avec tuméfaction des glandes correspondantes.

Ajoutons enfin que le malade a eu de l'ictère, que ses urines contiennent des traces d'albumine et qu'il n'y a pas actuellement de sucre dans son urine.

Cet ensemble de caractères répond au tableau devenu classique

du xanthome diabétique ; or le malade n'est pas actuellement glycosurique ; il est vrai qu'il a pu l'être antérieurement, car on sait que cette glycosurie xanthomateuse est souvent intermittente ; mais, ce qui est en contradiction avec cette idée, c'est que la maladie remonte à la jeunesse et rentre ainsi dans la catégorie des xanthomes juvéniles.

Ce fait vient à l'appui de la théorie de M. Besnier qui considère ces divers xanthomes comme des modalités différentes d'une seule et même maladie. Bien que l'un de nous ait émis antérieurement une manière de voir différente, nous avons tendance à nous rattacher à cette opinion en y ajoutant l'interprétation suivante : suivant l'un de nous, la glycosurie, comme l'albuminurie et l'ictère des xanthomateux sont liés exclusivement à des localisations viscérales des néoplasies ; il est probable que les poussées aiguës, les inflammations que l'on observe dans le xanthome avec glycosurie, tiennent aux modifications que cette altération humorale apporte dans le mode de réaction des téguments ; s'il en est ainsi, un xanthome juvénile se comporte comme un xanthome glycosurique s'il présente des localisations pancréatiques : c'est sans doute ce qui s'est passé chez notre malade.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail : le xanthome juvénile peut revêtir tous les caractères cliniques du xanthome dit diabétique ; il en est ainsi lorsqu'il présente des localisations pancréatiques ; ces localisations peuvent s'atténuer passagèrement comme le font celles des téguments ; c'est la glycosurie qui est la cause prochaine des modalités particulières au xanthome dit diabétique.

M. DARIER. — Le malade présenté par M. Hallopeau est très intéressant. Je ne conteste pas le diagnostic de xanthome. On constate ici une certaine mollesse, une flaccidité des tumeurs, qui permettent de croire à un début de résorption ; une biopsie confirmerait le diagnostic et donnerait peut-être des résultats capables de nous renseigner sur la nature et la signification de la graisse contenue dans les cellules du xanthome.

Par contre, l'analogie de ces lésions avec celles du xanthome diabétique me paraît peu évidente. Il y a un peu de xanthochromie, mais ce malade a le thorax déformé, il respire mal, il semble avoir de la gêne circulatoire avec stase hépatique, ce qui explique suffisamment la teinte jaune des téguments.

M. HALLOPEAU. — J'insiste sur l'absence de coloration jaune des tumeurs, sur l'évolution rétrograde d'une partie d'entre elles, sur les phénomènes inflammatoires dont elles semblent le siège : ces caractères n'appartiennent pas au xanthome tubéreux vulgaire, mais bien au xanthome diabétique.

Sur une corne probable de la lèvre.

Par MM. H. HALLOPEAU et DONZÉ.

La néoplasie dont est atteint ce malade est intéressante en raison de son siège anormal, de la rapidité de son développement et des difficultés qu'en présente le diagnostic.

Le nommé L..., Victor, 42 ans, typographe. Aucun antécédent héréditaire. Bonne santé antérieure, sauf du saturnisme à 22 ans. Fumeur de cigarettes.

A la fin de mars, apparition d'une excoriation sur la partie gauche de la lèvre inférieure; cette excoriation saignait au moindre contact. Une huitaine de jours après, elle devenait saillante et le malade, sur le conseil d'un médecin, la cautérisait au nitrate d'argent.

Depuis le dimanche 21 avril, le malade a cessé la cautérisation et, peu à peu, la saillie s'accroît.

Aujourd'hui, on voit sur la lèvre inférieure une masse acuminée, haute d'environ 5 millimètres, large de 3, d'apparence cornée, recouverte d'un épithélium rosé, semblable à celui de la lèvre, parsemée de croûtes, et présentant à sa base une petite ulcération.

Cette petite tumeur est de consistance ferme; elle ne semble pas se prolonger dans la lèvre.

Pas de ganglions.

Il nous semble bien s'agir là d'une de ces productions qui sont désignées sous le nom de corne, bien que sa consistance soit moins dure que d'habitude.

Aucune autre néoplasie ne présente cet aspect; il y aura lieu, pour en compléter l'étude, d'en pratiquer l'ablation, ce qui sera facile, d'en faire l'examen histologique, d'examiner quels sont les caractères de l'ulcération sous-jacente en recherchant plus particulièrement s'il s'agit d'un papillome ou d'un épithéliome.

C'est exceptionnellement que ces productions se développent sur les lèvres; il n'en est pas question dans l'article très incomplet de Max Joseph dans le traité de Mrazeck. Dubreuilh, dans son excellent article de la *Pratique médicale*, dit qu'il en existe plusieurs cas, mais il n'indique pas s'il s'agit de la face muqueuse ou de la face cutanée de la lèvre; il est probable que cette dernière y était seule intéressée, car autrement il aurait signalé comme un fait exceptionnel et remarquable le développement de cette lésion aux dépens d'un épithélium: c'est ce qui s'est produit chez notre malade; on peut s'expliquer ainsi la rapidité de son développement et sa consistance inférieure à celle que présentent les cornes cutanées; il s'agirait donc d'une corne épithéliale un peu différente des cornes épidermiques. Nous sommes tout prêts à accepter une autre interprétation si l'examen histologique vient en fournir une plus satisfaisante.

Sur la pathogénie du doublement d'une orchite syphilitique.

Par M. H. HALLOPEAU.

Nous avons insisté déjà à plusieurs reprises sur les troubles réflexes de la nutrition qui se produisent dans des parties symétriques à la région primitivement atteinte : c'est ainsi qu'en 1878, dans une communication à la Société de biologie, en collaboration avec Neumann, nous avons fait connaître un cas d'inflammation folliculaire de la région mamelonnaire droite alors que la région symétrique avait été vivement irritée par l'application successive de deux vésicatoires ; en 1880, à la même Société, nous avons communiqué un cas de phlegmon gangreneux de la partie antéro-supérieure de la jambe gauche, survenu trois semaines après la production dans une partie exactement symétrique de l'autre membre, d'une eschare provoquée par une application trop prolongée d'un courant galvanique ; en 1893, dans notre Société, j'ai émis l'opinion que le développement d'une néoplasie gommeuse dans une partie d'un membre peut donner lieu dans les parties exactement symétriques du membre opposé à un trouble de l'innervation trophique qui la transforme en un milieu de culture favorable à la prolifération de germes contagés provenant du premier foyer et y détermine ainsi le développement d'une tumeur gommeuse identique à la première ; j'ai conclu enfin de plusieurs observations également présentées à notre Société que les parties du squelette sous-jacentes aux syphilides tertiaires deviennent souvent le siège d'exostoses ou de périostoses, le squelette restant intact partout ailleurs, qu'il s'agit là d'une syphilis régionale, qu'il n'y a pas eu propagation directe, car les tissus intermédiaires à la peau et au squelette restent indemnes, et que vraisemblablement la néoplasie cutanée exerce à distance, dans le squelette sous-jacent, un trouble trophique réflexe qui en fait un milieu de culture favorable au développement du contagé ; un mécanisme analogue doit être, selon toute vraisemblance, invoqué pour expliquer le doublement d'une orchite chez le malade que nous avons l'honneur de vous présenter.

Le nommé M..., Auguste, 33 ans et demi, charron, entré le 19 mars 1906, salle Bazin, lit n° 72.

En mai 1904, le malade contracte la syphilis : le chancre était sur le côté droit du prépuce et a été soigné par la pommade au calomel ; la cicatrice persiste et la moitié droite du gland a été détruite.

En décembre 1904, le malade a été atteint d'une syphilide papulo-squameuse généralisée, pour laquelle il a été soigné dans notre service par les bains de sublimé, les frictions et l'iodure.

En octobre 1905, se déclare une orchite gauche, qui, sous l'influence du sirop de Gibert ingéré pendant 20 jours, rétrocede très notablement.

Le malade cesse le traitement en novembre.

Au début de janvier 1906, une nouvelle orchite se déclare, encore du côté gauche. Le malade reprend pendant 15 jours du sirop de Gibert. A la fin janvier, affection semblable du testicule droit. Les deux glandes sont envahies et le volume des bourses, surtout de la gauche, est très augmenté, il atteint les dimensions d'un œuf de dinde. Les enveloppes scrotales sont souples, non épaissies et mobiles sur les couches profondes.

La palpation ne permet pas de distinguer nettement le testicule de l'épididyme; tous deux sont augmentés de volume et d'une dureté cartilagineuse uniforme; leur surface est lisse. Une pression, assez forte même, est indolore.

Les éléments du cordon gauche sont intacts. Le cordon droit, au contraire, donne la sensation, au palper, d'une tige flexible de 1 centimètre de diamètre, dont l'examen provoque quelque douleur.

Le malade reçoit de nouveau, depuis le 19 mars, le traitement spécifique. Les douleurs ont disparu. Le testicule gauche diminue de volume.

Ils'agit là bien certainement d'orchites syphilitiques: nous en avons pour garants l'absence de blennorrhagie, l'envahissement simultané du testicule et de l'épididyme, la coexistence d'hydrocèles et l'action rapide du traitement spécifique: nous ajouterons que le malade ne présente pas de signes de tuberculose et que d'ailleurs les caractères cliniques de ces orchites ne sont pas ceux des orchites tuberculeuses.

Étant donnée la nature syphilitique de ces altérations, comment s'expliquer leurs localisations successives dans les deux testicules? Faut-il admettre une propagation directe? mais le raphé et la cloison médiane établissent une barrière entre les deux organes frères et rien n'indique qu'elle ait pu être franchie: on ne perçoit en effet dans les parties intermédiaires aux deux sacs vaginaux aucune trace d'induration, ni d'infiltration. Les testicules et leurs annexes fourniraient-ils seuls chez ce malade un milieu de culture aux tréponèmes? cette hypothèse est peu vraisemblable.

Reste la théorie réflexe que nous venons d'exposer: le temps qui s'est écoulé entre l'apparition des deux manifestations testiculaires et les faits analogues que nous avons cités plaident en faveur de cette interprétation.

**A propos de l'intoxication d'origine bismuthique chez le malade
présenté par M. Alex. Renault.**

Par M. L. LAFAY.

La communication de M. le Dr Renault, relative à « un cas d'intoxication par le dermatol » (séance du 11 janvier dernier), apportait à la question toujours ouverte des intoxications médicamenteuses un

nouvel élément, d'autant plus intéressant qu'il s'agissait d'un fait plus rare : l'intoxication bismuthique de cause externe.

Tout le monde sait, ainsi que j'ai eu l'honneur de le rappeler lors de cette présentation, que l'action du bismuth, par voie gastro-intestinale, n'est nullement toxique : on peut absorber 20, 30, 60, 80 grammes de sous-nitrate de bismuth par jour, avec une innocuité absolue, sans aucune modification des principales fonctions organiques (système nerveux, circulation, respiration), et sans que les sécrétions urinaire et cutanée soient impressionnées.

Vient-on au contraire à saupoudrer une plaie, ou une surface cutanée privée de son épiderme, avec un composé bismuthique même parfaitement purifié, le métal est alors susceptible de contracter avec les matières albuminoïdes des combinaisons solubles, et de devenir, ainsi absorbé, un poison au même titre que le plomb et le mercure, dont il se rapproche du reste à un autre point de vue : dans la classification chimique des métaux.

Les symptômes observés dans l'empoisonnement bismuthique se retrouvent en effet dans les intoxications mercurielles et saturnines : stomatite, diarrhée, selles sanglantes dysentériques, etc., pour ne citer que les principaux phénomènes apparents. Toutefois la stomatite d'origine bismuthique est assez particulière : outre la salivation qui, dans les cas aigus, est très abondante, on note un liséré brun, brun violacé, bleuâtre ou noirâtre, luisant, sur tout le bord gingival ; les gencives sont très sensibles et de coloration *bleudtre foncé* ; la muqueuse buccale, les bords et la pointe de la langue, le palais, les piliers du voile, la luette portent des plaques de même couleur. Dans les urines, on trouve du bismuth (recherche qui fait malheureusement défaut dans l'observation précitée), des éléments épithéliaux, des cylindres hyalins et souvent de l'albumine.

Les lésions de la bouche du malade présenté par M. Renault, répondent-elles à ce schéma ? Vous vous rappelez, messieurs, que notre distingué confrère a simplement noté, « avec une grande sensibilité de la région buccale, des érosions lenticulaires à la face muqueuse des lèvres et en divers points de la bouche, érosions recouvertes d'une pseudo-membrane blanchâtre, offrant l'aspect morphologique de la stomatite épithéliale ».

Pour ce qui est de l'éruption, les intoxications de ce genre étant relativement rares, il n'est pas à ma connaissance qu'on ait pu encore assigner aux éruptions bismuthiques des caractères objectifs permettant de les reconnaître avec certitude. Je ne peux donc les comparer à l'éruption du malade de M. Renault.

Ceci dit, si je me suis permis d'attirer votre attention sur des faits qui sont à côté de mon sujet, et par là de soulever un doute relativement à la cause productrice de l'intoxication que nous

études, c'est que le malade a un peu défiguré la vérité, ainsi que le hasard m'a permis de l'établir. Je me vois ainsi contraint, bien malgré moi, et en dépit d'une sympathie très particulière pour l'aimable confrère qu'est M. Renault, de rectifier un point de sa communication, détail qui n'est pas sans intérêt dans le débat.

Telle est la raison de ce long préambule.

* *

En même temps que le malade objet de cette observation, M. Renault présentait à la Société la poudre de dermatol incriminée. Sa coloration jaune safrané intense me fit penser à un mélange, et je terminais ma remarque par ces mots : « La poudre qu'on vient de nous montrer n'a pas l'aspect habituel du dermatol, et il faudrait avant tout s'assurer de la nature exacte du produit. »

M. le Président voulut bien me confier la poudre aux fins d'analyse ; je dois ajouter que l'interne en pharmacie de M. Renault l'avait examinée déjà, et avait déclaré qu'elle était bien constituée par du dermatol.

En plaçant la poudre sur un papier blanc, je remarquai aussitôt que sa coloration paraissait très atténuée. La raison de ce changement de teinte résidait dans un simple phénomène d'optique : la coloration rouge foncé de l'intérieur de la boîte, où était contenue la poudre, augmentait de plusieurs tons la teinte de la poudre elle-même. Du reste les dermatols, sans que leurs qualités en soient défavorablement affectées, offrent une gamme assez variée, allant du blanc jaunâtre au jaune safrané intense, ainsi que vous pouvez le voir par les neuf échantillons, de provenances différentes, que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux. Parmi eux, vous trouverez du reste le dermatol de M. Renault, qui, ainsi présenté, ne se différencie pas objectivement des autres.

Mes recherches analytiques ont confirmé de tous points l'assertion de l'interne en pharmacie : la poudre examinée répond aux caractères habituels du dermatol type des usines de Creil ; elle est exempte de tout mélange avec des corps étrangers.

Une chose cependant m'intriguait : la boîte remise par M. Renault portait une adresse de pharmacien et un numéro d'ordre ; or il est rare, il est exceptionnel qu'un pharmacien, donnant de sa propre initiative un médicament simple à un malade, emploie les numéros d'ordre de son copie d'ordonnances, numéros réservés à la copie des formules magistrales. Je résolus d'éclaircir cette anomalie et m'en fus trouver mon confrère. Avec la meilleure bonne grâce du monde il m'ouvrit son recueil d'ordonnances au numéro désigné, et nous vîmes qu'il s'agissait bien en effet de poudre de dermatol.

Mais voici où le tableau change : à la date du 27 décembre 1905 le malade s'était bien présenté à sa pharmacie, non « pour demander conseil à propos d'une ulcération du limbe préputial, » comme il l'avait déclaré à M. Renault, mais pour confier à ce pharmacien une ordonnance polycopiée de l'hôpital Cochin, portant la signature de M. le Dr Queyrat, et formulant deux choses :

1° Une solution ainsi composée :

Oxycyanure de mercure.....	0,25 centigr.
Eau bouillie.....	1.000 centim. cub.
Tropéoline.....	Q.S. pour colorer.
Pour lotions.	

2° Poudre de dermatol..... 30 gram.
Pour saupoudrer la plaie.

Tels sont les faits. Les lotions au cyanure de mercure — (l'oxycyanure n'existant qu'à l'état de rareté de laboratoire) — ont-elles pu causer seules l'éruption et la stomatite constatées ? ou bien ont-elles seulement contribué à provoquer les manifestations dermatologiques, et dans quelles limites ? Peut-être même, s'agit-il de phénomènes éruptifs associés ou surajoutés ? Je n'ai pas qualité pour résoudre ce problème, qui, du reste, ne se limite même pas à ces deux questions, car il faut encore se demander : ce malade, porteur d'une ulcération qui n'était autre qu'un chancre syphilitique, et qui a obstinément trompé M. Renault, a-t-il été plus sincère en affirmant qu'il n'avait suivi aucun traitement antérieur, et ne s'était-il pas déjà drogué intus et extra ?

Vous le voyez, cette intéressante observation, la seconde en l'espèce, très simple en apparence, se complique au contraire dès qu'on l'éclaire. Il lui manque un élément de diagnostic indispensable, un cachet de garantie qu'il eût été possible de lui donner, si l'on avait alors songé à rechercher le bismuth et le mercure dans l'urine, ce que M. Renault, avec les qualités de chercheur méticuleux et sévère que tout le monde lui reconnaît, n'eût pas manqué de faire s'il n'avait été induit en erreur par les affirmations catégoriques de son malade.

M. Alex. RENAULT. — Chez mon malade, la stomatite ne ressemblait pas à une stomatite mercurielle : il y avait absence de l'odeur spéciale et des lésions habituellement caractéristiques de la stomatite d'alarme.

M. A. FOURNIER. — Puisqu'il est question de stomatite, je voudrais attirer l'attention de la Société sur certaines formes de stomatite mercurielle consécutives à des injections de préparations insolubles, et différant considérablement de la stomatite mercurielle classique, telle qu'on l'observe, par exemple, à la suite des frictions.

C'est une stomatite *hypertrophique*, qu'on rencontre surtout chez les malades de la ville à la suite des injections d'huile grise. Elle ne se produit pas, comme la stomatite classique, à la façon d'une irritation aiguë, rapide et violente des gencives, avec ce flux de salive et cette odeur spéciale bien connus de tous. Elle survient lentement, sans grande douleur, presque sans salivation; puis, après un certain temps, on trouve les gencives exubérantes, transformées en gros bourrelets saignants, peu douloureux, presque scorbutiques, avec un certain ébranlement des dents, mais sans ulcération et sans grande odeur, du moins relativement à ce qu'est l'horrible fétidité usuelle de la stomatite hydrargyrique.

Cette gingivite hypertrophique est très difficilement curable, malgré des soins de bouche assidus, les gargarismes au chlorate de potasse, les attouchements à la teinture d'iode et au tannin, etc.

M. CHOMPRET. — Je demande à M. Fournier s'il pense que l'huile grise peut modifier le terrain. On sait aujourd'hui que toutes les stomatites sont infectieuses, et qu'elles prennent un aspect clinique variable selon le terrain sur lequel elles évoluent. La stomatite scorbutique, par exemple, doit sa forme aux lésions hématisées particulières à cette maladie. J'ai observé au Havre, 8 malades atteints de scorbut et qui avaient la bouche et les dents en excellent état; or, chez l'un, les lésions siégeaient au niveau d'une grosse molaire infectée; chez un autre, au niveau d'une dent de sagesse en évolution; et chez les 6 autres, elles siégeaient en arrière des incisives supérieures, au point où pendant la mastication se produit une sorte de traumatisme physiologique. Il faut donc une cause secondaire pour provoquer la lésion, et la forme de stomatite dépend bien du terrain.

M. A. FOURNIER. — Je croirais plutôt que la stomatite que je viens de décrire tient à la nature du composé mercuriel: mais je me garderais de rien affirmer à ce point de vue.

M. BROCC. — La stomatite hypertrophique, sur laquelle M. Fournier avec raison attire l'attention, est un des grands inconvénients de l'huile grise. Il ne faudrait pas croire cependant que cette forme de stomatite soit la seule que puisse produire ce médicament. J'ai souvent observé, à la suite de son emploi, des stomatites graves, à grand orchestre, avec de nombreuses et profondes ulcérations, une salivation extrêmement abondante, des douleurs effroyables, et une odeur très fétide. Beaucoup de ces malades étaient des femmes récemment sorties de l'infirmerie de Saint-Lazare, où les injections d'huile grise sont très employées. M. le Dr Jullien voulut bien venir voir quelques-unes de ces malades à l'hôpital Broca et fut très étonné de constater de semblables stomatites à la suite de ces injections; il attribua ce fait à ce que ces femmes, sorties de l'infirmerie, ne prennent plus aucun soin de leur bouche. L'explication donnée par M. Jullien est très plausible; il n'en est pas moins vrai que l'huile grise peut produire, outre la stomatite hypertrophique décrite par M. Fournier, des stomatites ulcéreuses très intenses.

M. LÉVY-BING. — Un certain nombre de femmes récemment sorties de l'infirmerie de Saint-Lazare, vont se faire soigner dans les hôpitaux sans

renseigner le médecin traitant sur les injections d'huile grise qu'on vient de leur faire. Il en était ainsi pour une au moins des malades dont a parlé M. Brocq et qui, sortant de Saint-Lazare, avait été soumise à Saint-Louis à un nouveau traitement mercuriel avant d'entrer dans le service de M. Brocq.

La plupart des malades soignées à Saint-Lazare ont des dents en très mauvais état et ne prennent aucun soin de leur bouche, bien qu'on leur donne des gargarismes, une brosse à dents et une poudre dentifrice. Dans ces conditions, n'importe quelle préparation peut provoquer des stomatites, même graves.

M. BROcq. — Les réflexions que vient de faire M. Lévy-Bing pourraient prêter à une équivoque. Sans doute, parfois les stomatites graves auxquelles j'ai fait allusion peuvent être dues à un traitement par les pilules, administré après les injections d'huile grise. Mais il n'en est certainement pas toujours ainsi, et ces stomatites peuvent être dues exclusivement aux injections d'huile grise.

Nous savons tous combien il est difficile d'obtenir des malades qu'ils prennent un soin suffisant de leur bouche. Il est certain que tous les produits mercuriels peuvent produire la stomatite; mais il me semble que l'huile grise y prédispose plus que les autres préparations mercurielles. Je ne méconnais pas les avantages de l'huile grise dont je fais un usage constant, mais il convient de mettre en lumière les inconvénients des préparations que nous employons.

M. LENGLET. — Il pourrait bien y avoir une différence d'action entre le mercure et ses dérivés : au cours des traitements que j'ai faits par méthode hypodermique, j'ai vu que les dents se déchaussent plus facilement à la suite des injections d'huile grise qu'à la suite des injections d'autres préparations.

M. HALLOPEAU. — Un des grands inconvénients de l'huile grise, c'est qu'on ne sait pas à quelle époque se fait la résorption. C'est ainsi que j'ai vu une stomatite se déclarer 17 jours après la dernière injection. Aussi n'est-ce pas sans une vive surprise et une réelle inquiétude que j'ai entendu, au dernier congrès de Lisbonne, le Dr Dehaut (de Bruxelles) déclarer qu'il injectait 14 centigrammes de mercure toutes les semaines pendant plusieurs mois.

M. LAFAY. — Je crois que ces stomatites tiennent au médicament plus qu'au terrain; c'est ainsi que la stomatite bismuthique a un aspect clinique bien différent de la stomatite mercurielle.

M. A. FOURNIER. — Je répondrai à M. Brocq que je n'ai jamais nié l'existence de stomatites graves consécutives à l'huile grise; j'en ai observé des exemples, et même de très graves. Mais, *en outre* et indépendamment de ces stomatites graves, l'huile grise produit, surtout chez les gens du monde, c'est-à-dire en dépit des soins d'hygiène buccale, une forme hypertrophique de gingivite : forme sourde, lente, indolente, essentiellement chronique, et caractérisée surtout par l'*hypertrophie gingivale*. C'est là, de

plus, une stomatite qui se produit insidieusement, sans ces préludes et ces localisations composant ce que j'ai appelé la *stomatite d'alarme*.

J'ajouterai que l'huile grise détermine plus souvent que les autres préparations mercurielles, des stomatites *tardives*, c'est-à-dire survenant 15 jours, 3 semaines et même 6 semaines après le traitement.

Ulcération linguale chez une enfant de 11 ans; syphilis acquise, datant de deux ans.

Par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.

Maria D..., âgée de 11 ans, entre dans le service pour une ulcération allongée du rebord lingual gauche, apparue depuis deux mois. Cette ulcération, longue de 3 centimètres, à fond lisse et à bords irréguliers, est située vis-à-vis de trois dents cariées et recouvertes de tartre. Aussi, l'avait-on prise d'abord pour une ulcération dentaire simple.

C'est en interrogeant la mère et en examinant à fond la petite malade, qu'on a pu acquérir la conviction que cette dernière était syphilitique. Voici brièvement son histoire :

Née de parents bien portants, ayant un frère plus jeune qu'elle bien portant, elle était d'une santé excellente jusqu'à il y a 2 ans, époque à laquelle ses parents la confièrent à des amis à la campagne pendant 2 mois. Là, elle fut en contact avec un syphilitique, un homme de 18 ans, qui fit chez elle, journellement, des tentatives d'intromission pénienne. Quand elle fut de retour à Paris, ses parents constatèrent un écoulement vaginal et consultèrent, à l'hôpital Saint-Louis, où fut diagnostiquée la syphilis. L'accident initial fut probablement un chancre de la commissure labiale gauche. L'enfant fut alors traitée. Puis tour à tour apparurent des plaques muqueuses buccales, une roséole maculeuse, une alopecie en clairière, une iritis de l'œil droite. Actuellement, on constate encore l'existence d'adénopathies bi-inguinales et épitrochléennes à droite, une synéchie antérieure de l'iris droit; un leuco-mélanodermie du cou. Les réflexes rotuliens sont faibles; l'enfant a perdu un peu la mémoire et l'aptitude au travail. Ajoutons que l'examen de la vulve montre un hymen intact et qu'on ne constate aucune cicatrice au niveau des parties génitales.

Perforation gommeuse hérédosyphilitique du voile du palais chez une jeune fille vierge, de 15 ans.

Par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.

Il s'agit d'une malade de 15 ans, encore vierge, qui entra le 24 avril 1906 dans le service, pour une perforation palatine.

Cette malade ne peut dire quand a commencé cet accident.

C'est insidieusement et peu à peu que la voix est devenue nasonnée et que les liquides ont reflué par les fosses nasales.

Actuellement, la malade présente au niveau de l'insertion du voile sur les palatins, sur la ligne médiane, une perforation irrégulière, bilobée, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, profonde, avec un fond légèrement bourbillonneux. Les liquides qui refluait par le nez n'y passent plus, mais la voix est encore nasonnée.

On constate en outre l'existence de nombreux et volumineux ganglions sous-maxillaires, apparus, dit la malade, après la perforation, et dont l'un a suppuré.

La malade ne présente aucune des dystrophies habituelles de la syphilis héréditaire. Elle est cependant très petite, et ne mesure que 1 m. 44. Elle a eu 12 frères ou sœurs, dont 3 sont vivants et bien portants, mais dont les 7 autres sont morts.

Il n'y a aucune cicatrice cutanée; la malade est vierge; elle perd ses cheveux, mais a eu une fièvre typhoïde au mois de janvier.

Épithélioma du dos de la main.

Par M. MORESTIN.

Le traitement des pertes de substance tégumentaire du dos de la main constitue un cas relativement fréquent de chirurgie répa-



FIG. 1. — Avant l'opération.

ratrice. On ne saurait évidemment adopter une pratique uniforme et, selon les circonstances, il convient d'avoir recours à la greffe



FIG. 2. — Immédiatement après l'opération.



FIG. 3. — Après guérison.

italienne ou aux greffes dermo-épidermiques, ou plus simplement d'abandonner la plaie à la réparation spontanée. J'ai pris ce dernier parti chez le malade que je vous présente.

C'est un vieillard de 72 ans, que j'ai opéré le 11 septembre 1903 pour un épithéliome de la main droite, lésion encore superficielle et mobile, mais déjà fort étendue et évoluant depuis près d'une année (fig. 1). Ses dimensions pouvaient être évaluées à deux travers de doigt dans le sens vertical, trois dans le sens transversal. La plaque néoplasique couvrait les 2^e, 3^e, 4^e métacarpiens depuis l'interligne carpo-métacarpien jusqu'à deux travers de doigt des interlignes métacarpo-phalangiens. L'extirpation laissa une perte de substance considérable présentant en largeur quatre travers de doigt, en hauteur plus de trois (fig. 2). Cette plaie s'est réparée complètement en deux mois, sous des pansements aseptiques, sans aucune intervention réparatrice.

Je me proposais, il est vrai, d'appliquer des greffes dermo-épidermiques pour obtenir une guérison plus rapide, mais tandis que la plaie de main *droite* se cicatrisait et présentait le meilleur aspect, était survenu un phlegmon du coude *gauche*, consécutif à un hygroma suppuré rétro-olécrânien. On dut ajourner les greffes, et quand on put songer à l'opération, la guérison spontanée était proche et leur secours inutile.

La cicatrisation a été d'ailleurs obtenue dans les meilleures conditions (fig. 3). La cicatrice est souple, solide, non adhérente et ne gêne aucunement les mouvements de la main, ni des doigts; le jeu des tendons extenseurs est demeuré normal.

L'évolution aseptique des plaies permet, en effet, à la réparation de s'effectuer dans des conditions extrêmement favorables. Chez les sujets âgés, dans de mauvaises conditions pour supporter des interventions longues et compliquées, nécessitant l'anesthésie générale, il est extrêmement précieux de pouvoir obtenir à si peu de frais des résultats comparables à celui-ci.

Épithélioma du pavillon de l'oreille propagé à la région parotidienne.

Par M. MORESTIN.

Mon maître Verneuil avait beaucoup insisté sur ce qu'il appelait l'*anaplastie secondaire*. Il commandait d'ajourner les interventions réparatrices, de les pratiquer tardivement, assurant qu'elles étaient alors plus économiques et plus simples. Si l'on n'a pas donné à cette pratique toute l'attention qu'elle méritait, c'est qu'à cette époque le travail de réparation d'une plaie exposée s'effectuait dans des conditions septiques qui gâtaient le résultat. Il n'en est plus de même



FIG. 1.



FIG. 2.

aujourd'hui, et je suis grand partisan des interventions opératoires secondaires. Dans des cas où l'autoplastie immédiate eût exigé des manœuvres opératoires laborieuses ou délicates, on peut parfois obtenir la guérison par des actes très simples, dépourvus de périls et de difficultés.

C'est ainsi que j'ai procédé chez le malade que je vous ai présenté, guéri d'un vaste épithélioma du pavillon de l'oreille propagé au conduit auditif et aux téguments circonvoisins, principalement à la région parotidienne.

La lésion avait débuté à la partie antérieure du pavillon, entre le tragus et le lobule, et s'était de là étendue en tous sens. Elle évoluait depuis deux ans quand j'ai opéré le malade, âgé de 63 ans. Le 2 février de cette année, à Saint-Louis, dans le service de mon ami et collègue Beurnier, j'ai pratiqué l'ablation du pavillon du conduit auditif externe en totalité, des téguments de la région parotidienne, et d'un ganglion néoplasique occupant les limites de la région parotidienne et sterno-mastoidienne. Je remis à plus tard la réparation et abandonnai provisoirement à elle-même la plaie qui, d'après le décalque pris au moment de l'intervention, présentait 9 centimètres dans le sens vertical et 8 dans le sens transversal, et d'autre part s'enfonçait profondément entre la mastoïde et la parotide mises à nu. Cette plaie surveillée attentivement, mais pansée de la manière la plus simple, se combla peu à peu, se nivela, se rétrécit. Elle offrait une surface à peu près plane de l'étendue d'une pièce de 5 francs, quand, le 26 février, j'y fis l'application de greffes dermo-épidermiques prélevées sur le moignon de l'épaule. Ces greffes vécurent et dès lors la plaie se réduisit à quelques espaces irréguliers répondant aux intervalles des greffes. Vers la fin de mars la cicatrisation totale était obtenue.

Ce cas examiné au point de vue du mode de réparation, n'est pas une exception, mais un exemple : un très grand nombre de pertes de substance de la face, même très étendues, principalement chez des sujets âgés, sont susceptibles de guérir dans de bonnes conditions, par l'application tardive de greffes dermo-épidermiques, en permettant au préalable aux tissus de travailler dans des conditions aseptiques, de réduire et niveler la plaie, de nous fournir en somme la plus efficace collaboration.

Cas de pityriasis rubra pilaire chez une femme.

Par M. J. BRAULT.

Depuis 14 ans que je me trouve en Algérie, c'est la première fois que j'y rencontre le *pityriasis rubra pilaire*, affection d'ailleurs très rare. C'est également la première fois que j'observe une femme atteinte de cette maladie cutanée (1).

(1) Autrefois, à Lyon, j'ai vu deux fois l'affection chez les hommes appartenant au service de M. Cordier, chirurgien-major de l'Antiquaille.

OBSERVATION. — H. F..., 30 ans, employée à Alger, entre à la salle Rollet, le 13 avril 1906.

Du côté des ascendants ou des proches, on ne trouve rien qui puisse se rapporter à l'affection que présente actuellement notre malade.

Elle-même, jusqu'à l'âge de 30 ans, n'a jamais eu d'affection sérieuse; en particulier, elle n'a jamais présenté d'éruptions cutanées.

Elle compte dix grossesses, dont huit se sont terminées par des fausses couches, les deux autres enfants sont bien portants. La malade est israélite et paraît surtout présenter du nervosisme, c'est une hystérique.

Il y a quelques semaines (à la suite d'une forte contrariété, nous dit-elle).



FIG. 1.

elle ressentit par tout le corps d'assez vives démangeaisons (1) et vit survenir une éruption généralisée. Elle se fit soigner d'abord en ville, mais, de guerre lasse, elle se décide à entrer à l'hôpital.

Voici comment elle se présente à nous, lors de son entrée dans la salle.

La face est couverte d'une pâle rougeur diffuse; la peau lisse, tendue, luisante, simule une sorte de masque sec légèrement pityriasique; en certains points, surtout vers les orifices naturels, on y remarque de fines plicatures.

Au cuir chevelu, la scène change: dans toute l'étendue de la région, on ne remarque que des croûtes plâtreuses qui agglutinent plus ou moins les cheveux.

Les oreilles sont prises et l'affection s'avance jusque dans les conduits auditifs.

Au cou, surtout à la nuque, nous rencontrons l'élément caractéristique de l'affection: le *cône péripilaire* (fig. 1).

(1) Il faut se souvenir qu'il s'agit d'une névropathe.

Dans cette région, les cônes sont en quelque sorte confluents, disposés en lignes serrées et la peau prend l'aspect d'une véritable râpe. Quand on



FIG. 2.

examine à la loupe chaque élément corné, on voit que le sommet de chaque cône est tronqué et présente l'aspect d'un petit cratère.

Sur les épaules, sur la poitrine et sur les bras, on observe une rougeur



FIG. 3.

diffuse et des desquamations, tantôt pityriasiformes, tantôt plus larges: il y a aussi des fissures.

Sur le reste du tronc et sur les cuisses les cônes reparaissent, mais ils sont, d'une façon générale, plus disséminés qu'au cou.

Sur le dos des mains, les lésions ne sont pas aussi caractéristiques que parfois; les saillies kératosiques, si typiques d'habitude en cette région, ne se voient que par flots, ailleurs il y a de la rougeur et des desquamations pityriasiques.

En revanche, les faces palmaires, ainsi que les régions plantaires sont tout à fait classiques.

Ces régions, colorées en rouge brun, présentent une hyperkératose diffuse surtout très accentuée aux pieds. Aux mains, on voit des plis qui barrent les flots kératosiques (fig. 2); aux régions plantaires, on rencontre, par places, des crevasses tout à fait profondes (fig. 3).

Les ongles eux-mêmes sont touchés, toutefois d'une façon plutôt légère; les sillons qu'ils présentent sont peu nombreux et peu marqués, mais quand on les regarde par leur extrémité libre, ils semblent assez épaissis, grâce au dépôt d'une véritable masse cornée.

Tous les divers détails de cette description sont parfaitement rendus par les photographies prises par notre préparateur M. R. Dida et que nous avons l'honneur de soumettre à la Société.

Le traitement ne nous arrêtera pas longtemps. On sait que les médications internes sont nulles dans le pityriasis rubra pilaire; la malade a pris chez elle (d'ailleurs sans aucun profit) des pilules et une potion blanche; il est très probable qu'il s'agit de granules d'arsenic et d'une solution arsenicale.

A l'hôpital, tout en mettant le sujet à un régime doux, nous nous sommes adressé uniquement à la médication locale : graisses, bains alcalins, réducteurs.

En face d'un cas si net, le diagnostic s'impose en quelque sorte, et il nous paraît superflu d'entamer ici, d'une façon classique, le diagnostic différentiel avec : les érythrodermies, l'ichthyose, la xérodermie, les lichens ou le psoriasis

Nouveau mode de préparation du benzoate de mercure.

Par MM. DESMOULIÈRE et L. LAFAY.

Parmi les diverses préparations solubles de mercure, M. le professeur Gaucher accorde depuis longtemps déjà la préférence au benzoate dissous à l'aide de chlorure de sodium. Cette préférence est on ne peut plus justifiée par les excellents résultats thérapeutiques qui ont été obtenus, et par ce fait que le benzoate de mercure, solubilisé à l'aide de chlorure de sodium ou de benzoate d'ammoniaque, n'occasionne pas la précipitation des matières albuminoïdes du sérum sanguin.

Deux procédés sont actuellement employés pour la préparation du benzoate de mercure.

1° M. le professeur Gaucher (1) a indiqué le mode opératoire suivant : « Traiter à chaud l'oxyde de mercure par l'acide nitrique à 1,20, diluer cette solution dans l'eau et la mettre en présence d'une solution de benzoate de soude à 1,88 p. 40. Cette préparation est longue, car le benzoate de mercure ainsi précipité a besoin d'être lavé avec soin pendant très longtemps à l'eau froide; elle exige huit ou dix jours. »

2° On fait agir à douce chaleur et au bain-marie en solution alcoolique de l'acide benzoïque en excès sur de l'oxyde jaune de mercure récemment précipité, jusqu'à disparition complète de l'oxyde de mercure. Par refroidissement, la liqueur laisse déposer des cristaux incolores en aiguilles prismatiques de benzoate de mercure. Le sel obtenu correspondrait à la formule $(C^7 H^5 O^2)^2 Hg (2)$.

Le premier mode opératoire est de beaucoup préférable, car par le second procédé on obtient un benzoate *moins soluble* et de *réaction acide*. D'ailleurs l'emploi de l'alcool est à éviter pour la préparation du benzoate de mercure. Nous avons pu vérifier en effet que si l'on triture à plusieurs reprises du benzoate de mercure avec de l'alcool, il y a dissociation du benzoate, l'alcool s'empare de composés mercuriques acides et laisse un produit de plus en plus basique, l'action suffisamment prolongée aboutit à la mise en liberté d'oxyde de mercure. La décomposition peu rapide à froid est instantanée sous l'influence de la chaleur.

Le procédé indiqué par M. le professeur Gaucher permet d'obtenir un produit se dissolvant presque immédiatement en présence de chlorure de sodium, en donnant une solution neutre.

Nous avons cependant cherché à le modifier pour les diverses raisons suivantes : l'azotate mercurique n'est pas un composé nettement défini, mais un mélange de produits complexes pouvant exister simultanément dans la liqueur ; la solution de nitrate mercurique a une réaction très acide, et mise en contact avec une solution de benzoate de soude elle mettra en liberté une proportion élevée d'acide benzoïque occasionnant des lavages très longs. (On peut, il est vrai, obvier en partie à ce dernier inconvénient en ne dissolvant l'oxyde de mercure que dans la quantité strictement nécessaire d'acide azotique.) D'autre part, le benzoate de mercure préparé par double décomposition avec l'azotate a une très légère

(1) Sur une nouvelle formule de solution injectable de benzoate de mercure, par M. E. GAUCHER (*Société médicale des hôpitaux*, 29 nov. 1901).

(2) Benzoate de mercure, par Ed. DESSESQUELLE; *Bulletin des Sciences pharmacologiques*, 1902, p. 95.

teinte jaunâtre due à l'emploi de l'acide azotique; enfin nous avons cherché à diminuer la durée des lavages.

Le mode opératoire que nous conseillons est le suivant : précipiter de l'oxyde de mercure en versant peu à peu une solution de sublimé dans une solution de potasse à l'alcool, laver par décantation jusqu'à ce que les eaux de lavage ne précipitent plus par l'azotate d'argent. Dissoudre la bouillie d'oxyde jaune obtenue à l'aide d'acide acétique dilué. On pourrait de même dissoudre l'oxyde de mercure à l'aide d'acide lactique dilué, mais à la condition de faire bouillir au préalable pendant une demi-heure l'acide lactique étendu de dix fois son poids d'eau, afin de détruire les anhydrides, acide dilactique et lactide, toujours contenus dans l'acide concentré. Que l'on emploie l'acide acétique ou l'acide lactique, avoir soin d'éviter toute élévation de température, et n'ajouter que la quantité d'acide nécessaire à la dissolution de l'oxyde, au besoin laisser une trace d'oxyde non dissoute, de façon à être sûr de n'avoir pas un excès d'acide dans la liqueur.

Filtrer et verser peu à peu dans cette solution une solution de benzoate de soude à 5 p. 100 environ.

Laver le précipité à la trompe à l'aide d'un entonnoir en porcelaine de Büchner; pour cela, essorer d'abord soigneusement le précipité sur un disque en papier spécial placé dans l'entonnoir, puis le délayer dans de l'eau distillée (opérer avec de l'eau distillée froide, le benzoate de mercure étant légèrement soluble dans l'eau, et d'autant plus que la température est plus élevée). Égoutter à nouveau sur l'entonnoir et recommencer plusieurs fois l'opération. Après avoir délayé et essoré le précipité quatre ou cinq fois, les eaux de lavage sont neutres au tournesol. Cette façon d'opérer est très rapide et permet de dessécher en grande partie le précipité. Il ne reste plus, dès lors, qu'à achever la dessiccation dans le vide au-dessus de l'acide sulfurique en étalant le benzoate sur des plaques de verre ou des assiettes.

Le produit obtenu par le procédé que nous venons d'exposer nous a fourni à l'analyse une quantité de mercure répondant très exactement à la formule $(C^7H^5O^2)^2Hg + H^2O$; il renferme par conséquent 43.478 p. 100 de mercure.

L'analyse pourra d'ailleurs en être faite très simplement en utilisant la méthode cyano-argentimétrique de Denigès. Pour cela, dissoudre à l'aide de chlorure de sodium 1 gramme de benzoate dans quantité suffisante d'eau distillée pour faire 100 centimètres cubes. Dans un vase à saturation, placer 20 centimètres cubes de cette liqueur, 40 centimètres cubes d'ammoniaque, 10 centimètres cubes de solution de cyanure de potassium (équivalant à $AgAzO^3 \frac{N}{10}$), 1 centimètre cube d'iodure de potassium à $\frac{1}{10}$ et 50 à 60 centimètres cubes d'eau.

Verser à l'aide d'une burette graduée, une solution décime d'azotate d'argent jusqu'à opalescence. Soit 9 la quantité d'azotate d'argent $\frac{N}{10}$ employée, $10 - 9 = a$ représente la proportion d'Ag AzO₂ $\frac{N}{10}$ correspondant au mercure de 20 centimètres cubes de liqueur. On corrige ce chiffre en le multipliant par 0,96 s'il est compris entre 0 et 5,5, en le multipliant par 1,04 et retranchant 0,45 du résultat si ce chiffre est compris entre 5,5 et 9,5. Le nouveau chiffre obtenu multiplié par 0,02 (dix millièmes du poids atomique du mercure) donnera la quantité de Hg renfermée dans les 20 centimètres cubes de solution de benzoate mis en expérience.

Le benzoate de mercure, préparé comme nous l'avons dit ci-dessus, se présente sous la forme d'un produit très blanc, léger et se dissolvant instantanément et complètement en présence de chlorure de sodium (absence de sel mercurieux), en donnant une *solution neutre*. La quantité de chlorure de sodium nécessaire pour assurer la dissolution est très faible et voisine de 0 gr. 30 pour 1 gramme de benzoate et 100 centimètres cubes d'eau.

La solubilisation du benzoate de mercure destiné à être injecté peut se faire soit à l'aide de benzoate d'ammoniaque, soit à l'aide de chlorure de sodium. Avec le benzoate d'ammoniaque on devra employer un sel neutre ou légèrement alcalin ; en général même un léger excès d'ammoniaque est nécessaire pour assurer la dissolution. Notons en passant qu'il est assez difficile de préparer cette injection, car, si l'on opère à la touche sur du papier de tournesol pour vérifier la réaction du benzoate d'ammoniaque, le papier de tournesol rougit assez rapidement même avec un benzoate alcalin, ce qui provient de la dissociation du benzoate d'ammoniaque, une partie de l'ammoniaque se volatilise et laisse un benzoate acide rougissant fortement le tournesol. Enfin les injections de benzoate de mercure dans le benzoate d'ammoniaque sont presque toujours très douloureuses. Avec juste raison M. le professeur Gaucher conseille de dissoudre le benzoate de mercure dans une solution hypertonique de chlorure de sodium, ce qui rend les injections à peu près indolores. La formule qu'il a adoptée est la suivante :

Benzoate de mercure.....	1 gr.
Chlorure de sodium pur.....	2 gr. 50
Eau distillée stérilisée.....	Q. S. pour faire 100 c.c.

Il est évident qu'en opérant ainsi la solution, il s'établit entre les bases et les acides en présence un équilibre chimique. Cette transformation a fait critiquer par certains auteurs l'emploi du chlorure de sodium comme dissolvant du benzoate de mercure. A notre avis, le fait n'a aucune importance dans le cas présent, l'essentiel est d'obtenir une injection peu douloureuse, dont la teneur en mercure

soit exactement connue, et donnant de bons résultats thérapeutiques. Une expérience déjà longue a permis de constater qu'il en était ainsi avec le benzoate de mercure solubilisé par le chlorure de sodium.

De nombreux essais ont été faits dans le service de M. le professeur Gaucher avec le benzoate ci-dessus et des échantillons de benzoate de diverses provenances ou préparés par un procédé différent. Il a été constaté que l'injection de benzoate, dont nous avons exposé le mode de préparation et la formule, était la moins douloureuse et donnait d'excellents résultats.

En général, on utilise la solution au centième et à la dose de 2 centimètres cubes par jour; dans certains cas on peut aller jusqu'à 5 centimètres cubes sans inconvénient.

Disons, pour terminer, que, si on le veut, on pourra ajouter à la solution ci-dessus un ou deux milligrammes par centimètre cube de benzoate ou de chlorhydrate de cocaïne. Il sera difficile de dépasser cette dose d'anesthésique, surtout en hiver, car il y aurait précipitation par le mercure d'une partie de l'alcaloïde; d'ailleurs, comme nous venons de le dire, l'injection, telle quelle, est peu douloureuse et une très faible dose de cocaïne suffit à la rendre indolore.

Éruption iodique retardée.

Par M. MOTY.

Le sujet de cette observation est un homme de 47 ans, entré le 9 mars à l'hôpital M. Saint-Martin, pour une sciatique gauche datant de 5 ans. Il est employé au ministère de la marine, a fait un séjour de 8 ans dans les régions tropicales, sans y contracter de maladie et est rentré en France depuis 23 ans.

Il est âgé de 47 ans, sa constitution est robuste et il ne se plaint que de sa sciatique. Traité par l'iodure de potassium à doses progressives (4 à 12 grammes) dans le service de M. le médecin-major de 1^{re} classe Boulian, il ressent une amélioration notable du côté de sa sciatique, mais 3 jours après la suppression brusque de l'iodure, le 18 avril, il accuse de vives démangeaisons sur l'abdomen où l'on remarque une éruption assez singulière qui s'étend rapidement à tout le tronc et aux membres en ne respectant que la tête et les extrémités; mais c'est sur l'abdomen un peu obèse qu'elle acquiert son plus complet développement.

Elle est constituée par de petits placards longitudinaux de 2 à 5 centimètres de longueur, irrégulièrement ondulés, de teinte légèrement grisâtre et bordés plus ou moins nettement par une ligne sinueuse rose qui, à la loupe, apparaît comme une crevasse épidermique à bords saillants; toute la peau est prise, mais les placards gris, à surface d'apparence pityriasique, passent au premier abord pour de la peau saine, et l'idée de vergeture se présente à l'esprit quand on découvre le malade.

Les démangeaisons augmentent le soir, la marche les rend plus vives, le contact du lit les calme. Il n'y a jamais eu de suintement; le salicylate de bismuth n'a pas donné d'amélioration; l'acide salicylique en solution alcoolique produit une sensation de brûlure suivie d'une accalmie.

Si l'on voulait classer anatomiquement cette lésion, on pourrait en faire un eczéma iodique avec Fischer, de Vienne, ou même un pityriasis; mais ce qu'il y a surtout à relever dans l'observation, c'est l'apparition de la maladie quatre jours après la cessation de l'iode.

Quant au prurit, qui manque ordinairement dans les éruptions iodiques, il s'expliquerait par la nature de la lésion et le terrain arthritique sur lequel elle évolue.

S'il en est ainsi, il est à croire qu'elle disparaîtra rapidement sous l'influence des traitements (bains-lotions); la peau a déjà recouvré sa coloration normale dans le milieu des placards.

Les urines sont normales et ne contiennent plus trace d'iode.

M. A. FOURNIER. — Cette éruption a un aspect si insolite qu'il semble bien difficile de l'attribuer à l'iode.

Tertiarisme précoce (chancre phagédénique et perforation du voile du palais).

Par M. CARLE.

Le cas de tertiarisme précoce, présenté à la séance du 7 décembre 1905, par MM. Gaucher et Boisseau, m'engage à faire connaître l'observation qui suit, intéressante par son analogie avec la précédente et par quelques considérations thérapeutiques qui en découlent.

Le 5 juin 1905, je reçois la visite de M. X..., négociant, 45 ans, envoyé par un confrère. M. X... est porteur, sur la partie dorsale du fourreau, d'une érosion crouteuse, classiquement indurée. Adénopathie gauche de grosseur moyenne. Le diagnostic de chancre syphilitique s'impose. Les circonstances me permettent d'ailleurs une confrontation. M. X..., marié, a une maîtresse, laquelle est soignée pour une grosseur vulvaire, qualifiée par elle de « bartholinite ». X... estimant qu'une bartholinite ne constitue pas un empêchement, a eu des rapports avec sa maîtresse en avril-mai. Je vois le confrère traitant la dame, laquelle est en ce moment porteur d'une roséole, de plaques muqueuses, etc.; la grosseur vulvaire ayant été en réalité un accident primitif. X... n'a aucun antécédent suspect. Il est marié depuis 20 ans, et sa femme n'a jamais présenté rien de douteux. Leurs rapports sont d'ailleurs suspendus depuis longtemps.

Du 10 juin au 10 juillet, je fais 15 injections de benzoate de Hg., dosées à

3 centigrammes de sel par injection. Guérison du chancre dans les délais. Je m'absente jusqu'au 3 août. Le malade revient à cette époque.

Exactement sur la cicatrice légèrement croûteuse, dernier vestige du chancre, une nouvelle ulcération est apparue, rapidement envahissante, circulaire, infiltrée et surmontée d'une croûte épaisse et verdâtre. En 10 jours, la lésion est arrivée au diamètre d'une pièce de un franc. J'enlève la croûte, non sans peine, en la séparant au ciseau, des tissus sous-jacents, qui sont moulus, bourbillonneux, avec un liséré noirâtre très net à la périphérie. Il s'agit évidemment d'une complication d'ordre phagédénique. Les injections sont reprises, tantôt biiodure de Hg., tantôt benzoate, à forte dose, tous les jours. Localement, je fais des lavages antiseptiques (permanganate de potasse, eau oxygénée), nettoyages et cautérisations de tous les points suspects avec divers caustiques, chlorure de zinc, nitrate d'argent, nitrate acide de Hg., etc. Poudres de calomel ou d'aristol, ou d'iodoforme. Balnéation prolongée de l'organe.

Le résultat est très mauvais. Le point central double ses dimensions, puis envoie à droite et à gauche des prolongements arciformes. Ceux-ci creusent sous les tissus du dos de la verge un long corridor, qui aboutit à une nouvelle ulcération près de la région pubienne. Celle-ci grandit à son tour pendant que la première se cicatrise; bref l'ensemble est celui d'un chancre phagédénique serpiginieux.

Dans la dernière semaine d'août, je cesse les injections (au nombre de 22), recommande le repos, l'abstention de tout travail physique ou intellectuel, les pansements humides prolongés à l'eau bouillie, à l'infusion de guimauve — séparés par quelques pansements secs au xéroforme. Lentement l'extension s'arrête, les plaies bourbillonneuses se débarrassent des débris gangreneux qui les encomrent, l'infiltration périphérique se résout et 15 jours après la réparation commence.

Mais, concomitamment, d'autres phénomènes avaient fait leur apparition. Lorsqu'il revint en août, X... m'annonce des céphalées continues qui ne me parurent pas trop anormales. Cependant, au lieu de céder sous l'influence du mercure, cette céphalée s'exaspéra. D'abord frontale, puis occipitale, elle se transforme ensuite en névralgies violentes de la région péri-orbitaire et de la face, tantôt généralisées, tantôt localisées, avec poussées fébriles le soir, presque l'appareil douloureux d'une sinusite double. Je fis pratiquer un examen sans résultats. Puis les névralgies devenues intolérables se fixèrent définitivement « en pleine base du crâne » avec irradiations violentes dans les masséters, l'isthme du gosier, empêchant la déglutition, créant un trismus permanent. Dès lors le malade dut s'aliter, très amaigri et incapable d'un effort quelconque. Pas d'éruptions cutanées. Dans la bouche, sur les piliers, sur la langue, d'énormes plaques diphthéroïdes poussaient en 24 heures et disparaissaient après une cautérisation. Le 2 septembre, cautérisant une plaque, j'aperçus sur le voile du palais, à deux travers de doigt au-dessus de la luette, un point rouge sombre, gros comme un pois. Ce point s'agrandit, noircit, et trois jours après une perforation apparaissait, par laquelle s'écoulait la bouillie crémeuse et jaunâtre, caractéristique de la gomme. Les jours suivants, le trou s'agrandit excentriquement, en avant jusqu'au voile palatin osseux, en arrière jusqu'à la luette, tout en respectant un point charnu étendu

d'un pilier à l'autre. Dans l'orifice ainsi formé, on aurait facilement fait passer, le 15 septembre, une pièce de 2 francs. Les bords blanchâtres et bourbillonneux se nettoient par la suite, sous l'influence de pulvérisations quotidiennes et de badigeonnages de teinture d'iode. La déglutition est difficile. Le malade est obligé de mâcher et d'avaler très lentement. La voix est incompréhensible. L'amélioration s'accroît rapidement lorsqu'on eut adapté un voile du palais artificiel.

Arrêt relatif de la perforation, fin septembre ; une seconde poussée, en octobre, achève de dévorer le pont charnu restant, avec la luette. On ne voit plus trace de voile du palais dans sa partie postérieure. Il est curieux de constater que la déglutition et la phonation sont dès lors beaucoup plus faciles. La cicatrisation paraît actuellement définitive.

Dès fin août le traitement mercuriel fut suspendu, comme je l'ai dit. Au même moment, on essaya des lavements iodurés (2 grammes chaque), l'état désastreux de l'estomac (anorexie absolue, vomissements) semblant interdire ce médicament par la voie digestive. Cependant quand je vis, le 2 septembre, poindre la menace de perforation j'ordonnai de suite l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour. Malgré l'intolérance stomacale cette dose fut rapidement élevée à 4, puis à 6, puis à 8 grammes par jour, que le malade prit 15 jours sans arrêt.

Deux jours après avoir pris l'iodure, les douleurs étaient supportables ; le 5^e jour elles avaient à peu près disparu ; l'absorption devenait possible malgré la perforation. Au fur et à mesure de la reprise de l'alimentation, les forces réapparaissaient, le malade pouvait se lever et l'état général revenait à la normale. Pendant ce temps la perforation faisait son œuvre, croissait puis se cicatrisait, le tout en 3 semaines environ.

L'arrêt de l'iodure, vers cette époque, coïncida avec la seconde poussée destructive du voile du palais ; on reprit le traitement jusqu'à cicatrisation définitive. Depuis cette époque le malade prend régulièrement 2 à 3 grammes tous les jours pendant la moitié du mois, alternant avec des frictions mercurielles.

Le malade se porte actuellement fort bien. Un appareil prothétique remplace le voile du palais et toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement.

De cette observation trop rapidement résumée, nous pouvons tirer quelques conclusions :

1° Il s'agit là d'un cas de tertiarisme extraordinairement précoce, d'une syphilis galopante. Les accidents secondaires (céphalée, plaques muqueuses) sont survenus *de suite* après le chancre. Des accidents tertiaires (gomme, perforation du voile du palais) se sont manifestés trois mois après l'apparition du chancre.

Faisons remarquer qu'on ne peut penser à quelque manifestation tertiaire chancriforme (objection très naturellement posée par M. Fournier à MM. Gaucher et Boisseau), la confrontation ayant permis de retrouver le chancre, origine de la contagion.

2° Une dose énorme de mercure n'a rien empêché, au lieu que quelques grammes d'iodure de potassium ont amené des résultats

rapidement bons. En l'espèce, l'iodure fut trop longtemps écarté, tant à cause des troubles gastriques que de la précocité des accidents. Il semble donc que quel que soit le moment de la maladie, dès que se manifeste un accident d'allure tertiaire, l'iodure doit être de suite donné, voire à dose massive.

3° Tant que nous avons *taquiné* les lésions phagédéniques avec des caustiques superficiels, nous n'avons eu aucun bon résultat. Tous ces remèdes antiseptiques ou cautérisants, tout à tour pronés comme spécifiques du phagédénisme, sont très surfaits comme action thérapeutique. Comme le recommande M. Fournier, on ne doit pas prolonger trop longtemps cette incursion dans le domaine de l'inconnu. Nous croyons que les demi-mesures ne valent rien.

Ou bien l'on doit s'en tenir à de simples pansements émollients, inoffensifs, à des lavages, à des bains locaux, en surveillant de près la marche destructive, — méthode qui, en l'espèce, nous a donné les meilleurs résultats, — ou bien, si l'extension devient menaçante, on doit brûler au thermo-cautère. Mais il est alors nécessaire de tout brûler, ulcération, fond, bords et infiltrat périphérique, sous anesthésie et très complètement.

Élections.

Au cours de la séance du 4 avril, ont été élus :

Président : M. ALFRED FOURNIER.

Vice-présidents : MM. BROCO, HALLOPEAU, CHARMEIL (de Lille).

Secrétaires annuels : MM. BRODIER, LENGLET, MILIAN, DÉHU, BODIN (de Rennes), ETIENNE (de Nancy).

Comité de direction : MM. GAUCHER, DE BEURMANN, DARIER, BARTHÉLEMY, HUDELO.

Membres titulaires : MM. NOIRÉ, LOUSTE, PIGNOT, APERT.

Membres correspondants : MM. SELHORST, POLANO, CONSTANTINO LEO.

Le Secrétaire :

L. BRODIER.

SÉANCE DU JEUDI 7 JUIN 1906

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — Nécrologie. — Sur deux cas de gommès lymphangitiques ascendantes chez les lupiques, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. DANLOS, FOURNIER, HALLOPEAU, DARIER, GAUCHER.) — Guérison d'une alopecie lépreuse, par M. HALLOPEAU. — Sur un nouveau cas d'iodisme végétant, par M. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. (Discussion : MM. MOTY, RENALT, FOURNIER, HALLOPEAU, DE BEURMANN.) — Deux cas de lupos de la face traités opératoirement, par M. MORESTIN. (Discussion : MM. MOTY, GAUCHER, DANLOS, DE BEURMANN, BROCO.) — Sur un cas d'une nouvelle éruption acnéiforme de la face : acnéides hémisphériques agminées, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. — Quelques applications de la radiothérapie à la dermatologie, par M. BELOT. (Discussion : MM. BROCO, BALZER, LENGLET, HALLOPEAU, DANLOS, DE BEURMANN, FOURNIER, M. SÉE, BELOT, NOIRÉ.) — Grands chancres mous gangreneux cruro-vulvaires ; association de la symbiose fuso-spirillaire de Vincent avec le bacille de Ducrey, par MM. BALZER et POISOT. — Accidents causés par la piqure de l'Argas, par MM. BALZER et POISOT. — Phlébite syphilitique iléo-crurale double, par M. AUDRY. — Chéloïdes d'origine bromopotassique ; action de la fibrolysine, par MM. CONSTANTIN et BOYREAU.

Ouvrages offerts à la Société.

AUGAGNEUR et CARLE. — *Précis des maladies vénériennes.*

GASTOU. — *Syphilis héréditaire et hérédo-syphilis.* Rapport présenté au XV^e congrès international de médecine, tenu à Lisbonne en 1906.

GONZALES URUEÑA. — *Considérations sur le prurigo de Hébra dans la ville de Mexico.*

ZANNETOS. — *Sur la tuberculose de la peau.* Athènes, 1906 (en grec).

S. EHLMANN. — *Versuche ueber Lichtwirkung bei Hydroa aestivalis (Bazin) Summereruption (Hutchinson).* Sonderabdruck aus *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1905.

S. REINES. — *Zur Kenntnis der basalzellenkarzinome Krompecher's, speziell der basocellularen pigmentierten Nævokarzinome.* Sonderabdruck aus « *Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie* », 1906.

S. EHLMANN. — *Über lichenförmige Syphilide.* Separatabdruck aus der *Wiener Medizinischen Wochenschrift*, 1905.

LIPSCHUTZ. — *Untersuchungen über die Spirochæte pallida Schaudinn.* Sonderabdruck aus der *Deutschen Medicinischen Wochenschrift*, 1905.

THALMANN. — *Die Syphilis und ihre Behandlung im Lichte neuer Forschungen*. Dresden, 1906.

— *Eine neue Methode der Quecksilberbehandlung*. Dresden, 1906.

Nécrologie.

M. A. Fournier annonce à la Société la mort du professeur Tarnowsky, de Saint-Pétersbourg; il rappelle en quelques mots l'importance de ses travaux en syphiligraphie et notamment ses recherches sur la *famille syphilitique* et la *syphilis binaire*.

Sur deux cas de gommes lymphangitiques ascendantes chez les lupiques.

Par M. H. HALLOPEAU.

Les cliniciens ont, à juste titre, séparé le lupus vulgaire des autres tuberculides cutanées : il n'en a, ni les éléments éruptifs, ni l'évolution; il est bien probable qu'il s'y produit une modification dans l'activité et les genèses toxiniennes du bacille de Koch, bien que son inoculation puisse donner lieu à des tuberculoses vulgaires. On ne saurait s'en étonner; il est d'observation que l'inoculation peut modifier les caractères de l'agent infectieux : c'est ainsi que les syphilides secondaires, inoculées à d'autres sujets, donnent lieu à la production des chancres indurés alors que, chez l'individu affecté, leur prolifération se traduit par l'apparition d'éléments semblables à elles-mêmes.

Il y a cependant des cas où les deux ordres de manifestations tuberculeuses se produisent simultanément chez le même sujet : ce sont des faits de cette nature qui ont amené en premier lieu à reconnaître l'origine tuberculeuse du lupus.

Parmi ces manifestations concomitantes de tuberculose vulgaire, on n'a jusqu'ici signalé que rarement les gommes lymphangitiques; aussi croyons-nous devoir présenter à la Société deux malades chez lesquels cette coïncidence existe; nous résumerons ainsi qu'il suit leur histoire clinique.

Le nommé F..., âgé de 34 ans, débardeur, entré le 9 avril 1900, salle Bazin.

Les antécédents de ce malade se bornent à une syphilis contractée il y a 5 ans; après avoir eu son chancre et la roséole, il n'a pas présenté d'accidents depuis 2 ans.

Depuis 8 ans, il est atteint d'un lupus du visage, à forme tubéro-ulcéreuse, qui détruit entièrement le lobule du nez avec ectropion bilatéral. Les éléments en sont encore en activité sur les joues et au-dessous des oreilles.

Le malade ne tousse, ni ne crache; l'auscultation du poumon ne révèle rien d'anormal.

Il y a 4 mois, s'est ouvert un abcès fistuleux de la fesse d'origine osseuse.

Il y un an, à la face interne de l'articulation métacarpo-phalangienne du gros orteil gauche, le malade a eu un abcès tuberculeux, lequel est devenu végétant, et sur lequel M. Danlos a pratiqué un raclage; il persiste une croûte qui tombe souvent. Au-dessous, une ulcération à bords taillés à pic, à fond végétant, mesure environ 3 centimètres de largeur sur 2 centimètres de hauteur.

A la périphérie, existe une petite ulcération circonscrite du volume d'une lentille correspondant à un nouveau foyer.

Il y a 2 mois, se sont développées deux masses fluctuantes du volume d'une noisette, l'une environ 12 millimètres au-dessus et en dedans de la grande ulcération, l'autre, 2 centimètres plus haut sur le dos du pied. La pression fait rendre un liquide purulent, dans lequel un examen extemporané par la méthode de Ziehl n'a décelé aucun bacille.

Elles ont le caractère de gommages tuberculeux. Ces deux néoplasies sont survenues spontanément.

Adénopathie au triangle de Scarpa correspondant, ne suppurant pas.

La nommée G..., âgée de 42 ans, est atteinte de lupus depuis l'âge de 14 ans: à cette époque, elle a eu du coryza, puis, le lupus est apparu à la face, sur la narine droite, et de là s'est étendu à toute la face.

A peu près à la même époque, la malade a eu une suppuration de l'articulation de la 1^{re} avec la 2^e phalange du médius gauche; cette suppuration a duré 4 ou 5 ans; l'arthropathie a guéri par ankylose.

A la suite de cette affection est apparu un lupus du dos de la main.

En 1888, des lésions laryngées ont nécessité une trachéotomie, et la malade porte encore une canule.

Depuis 2 mois, sont survenues de petites gommages, s'étageant depuis le lupus du dos de la main jusqu'au pli du coude et sur lesquelles nous désirons attirer l'attention.

État actuel, 3 juin. Le lupus a envahi toute la face.

On trouve également des lésions lupiques sur la face externe du coude droit, sur la face antérieure de l'avant-bras droit, sur l'épaule gauche et au pli du coude gauche.

Le médius, à gauche, est maintenu en flexion forcée de la deuxième phalange sur la première par une ankylose remontant à l'adolescence et due vraisemblablement à de l'ostéo-arthrite tuberculeuse.

A la suite de cette affection, est apparue une plaque de lupus sur le dos de la main que l'on constate à l'heure actuelle. Située au-dessus des articulations des trois doigts médians, elle gagne un peu sur la face dorsale du médius, s'étendant au dos de la main sur une hauteur de 4 centimètres environ et une largeur de 6 à 8 centimètres.

De ce lupus partent une série de petites gommages qui remontent jusqu'au niveau du pli du coude en suivant un trajet régulier. Au nombre de 8, elles s'étagent depuis l'articulation métacarpo-phalangienne sur le dos du métacarpien et au-dessus de l'apophyse styloïde du cubitus.

Ces éléments se retrouvent à différents stades :

1° Nodule fortement saillant à pourtour légèrement érythémateux, arrondi, ayant un centre ulcéré et des contours finement découpés; le fond, jaunâtre, est légèrement suintant.

Le bord est fortement induré; au pourtour existe une légère collerette desquamative; tout le nodule est mobile avec la peau.

2° Le nodule s'est aplati, l'ulcération est recouverte d'une croûte jaunâtre entourée d'une collerette de desquamation.

3° Élément non ulcéré: même nodule arrondi, induré, mobile avec la peau, entouré d'une desquamation jaunâtre.

4° Sous la peau et dans son épaisseur on retrouve un petit nodule induré, faisant une légère saillie; la peau est à ce niveau un peu plus lisse et luisante.

5° Lorsque l'on palpe la région du pli du coude, on trouve dans le prolongement de cette traînée 2 petits nodules roulant sous le doigt mais ne provoquant aucune saillie de la peau.

Sur la face antérieure de l'avant-bras et continuant le trajet de la traînée gommeuse suivant une ligne qui gagne en spirale le pli du coude, on trouve un placard érythémateux sous lequel roulent 4 ou 5 petits éléments semblables faisant une légère saillie.

Ces éléments ne sont pas douloureux, sauf lorsqu'ils marchent vers la suppuration. L'un d'eux, présentant une certaine mollesse rappelant la fluctuation, a pu être ponctionné à la seringue de Pravaz, il a donné une goutte de liquide purulent mal lié rappelant le pus des abcès froids. Un examen extemporané par la méthode de Ziehl n'a permis d'y trouver aucun bacille.

Il y a un très petit ganglion axillaire. A l'auscultation, l'on perçoit une expiration prolongée au sommet droit et des craquements humides au sommet gauche (1).

Cette étude va être complétée par la recherche comparative de bacilles de Koch dans les lésions lupiques et les lésions gommeuses et par leur inoculation à des cobayes. Quoi qu'il en soit, il est remarquable de voir deux modes d'action tout à fait distincts du bacille de Koch se produire simultanément chez les mêmes sujets.

Nous ferons remarquer d'ailleurs que chez la nommée G..., dès le début de son infection, des arthropathies sont venues donner le témoignage qu'il ne s'agissait pas seulement de lésions lupiques.

Il semble bien que ce soit exclusivement la localisation du microbe dans le milieu dermique qui soit la cause des caractères particuliers qui appartiennent au lupus: si, en effet, chez nos deux malades, la peau est altérée du fait des productions gommeuses, ces lésions tégumentaires peuvent être considérées comme surtout passives et consécutives au transport, par la voie des lymphatiques sous-cutanés, des bacilles de Koch.

Il semble bien aussi que ces bacilles perdent dans le tégument externe une partie de leur activité, car leurs manifestations conço-

(1) Ces observations ont été recueillies par M. Boudet, interne du service.

mitantes dans divers organes présentent un caractère de bénignité : en effet, la nommée G... est atteinte depuis plus de 18 ans d'une tuberculose pulmonaire et laryngée et nous avons vu que les signes stéthoscopiques sont encore peu prononcés chez elle; de même ses arthropathies remontent à une date très ancienne et elles ne s'accompagnent pas de suppurations.

M. DANLOS. — Si j'ai bien compris ce que vient de dire M. Hallopeau, il en résulterait que, d'après lui, les plaques muqueuses sont réinoculables au porteur; c'est là, j'ose le dire, une proposition révolutionnaire.

M. FOURNIER. — M. Hallopeau a-t-il quelques faits expérimentaux à l'appui de son hypothèse? Si oui, nous demandons à les connaître; sinon, je m'en tiens aux résultats invariablement négatifs des auto-inoculations des plaques muqueuses. Après les innombrables tentatives de Ricord, de moi-même, et de tant d'autres avant nous et depuis, nous pensions qu'il était définitivement établi que les plaques muqueuses ne sont jamais réinoculables au sujet qui en est atteint. M. Hallopeau serait-il d'un avis contraire?

M. HALLOPEAU. — Dans diverses publications, et en particulier dans un article du XIX^e fascicule du musée de l'hôpital Saint-Louis, intitulé *Des syphilides papulo-tuberculeuses à progression excentrique*, dans un mémoire du Jubileum-schrift de Neumann sur les *proliférations locales dans les maladies infectieuses*, dans le traité de dermatologie que j'ai publié avec M. Leredde, dans diverses présentations à notre Société et, l'an passé, dans une communication au Congrès de Liège, reproduite dans le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, sur les *proliférations locales in situ et à distance de l'agent infectieux de la syphilis pendant toute la durée de son évolution*, je me suis efforcé d'établir que ces proliférations locales dominent toute l'évolution des processus syphilitiques et qu'elles méritent le nom d'*intra-inoculations*.

On ne peut, en particulier, concevoir autrement, d'une part, la production autour du chancre induré dans une sphère d'action qui atteint 15 centimètres de rayon, de syphilomes secondaires beaucoup plus volumineux et témoignant d'une virulence plus grande que les éruptions concomitantes de roséole ou de papules sur les autres parties de la surface cutanée; nous avons admis que les éléments infectieux du chancre se propagent directement dans ces régions voisines, par l'intermédiaire, soit des interstices du tissu conjonctif, soit par les lymphatiques: la dénomination d'*intra-inoculation* que nous avons adoptée depuis plus de 10 ans ne convient-elle pas pour désigner ces phénomènes?

De même, ultérieurement, l'on voit des tubercules saillants et volumineux se développer en un ou plusieurs points de la surface cutanée et être suivis de l'apparition, dans leur voisinage immédiat, alors que les autres parties restent indemnes, d'éléments généralement moins développés: n'y a-t-il pas, en toute évidence, multiplication, et transport dans le voisinage immédiat, des tréponémas, n'est-ce pas là une intra-inoculation?

La même considération s'applique aux syphilides serpiginieuses, aux gommès et nous avons tendance à rapporter à ce même processus la mutil-

plication des néoplasies ulcéreuses dans la région vulvaire plutôt qu'au simple défaut de précautions hygiéniques.

Ces phénomènes ne peuvent s'expliquer que par la multiplication et le transport à distance des tréponémas : il est impossible de trouver une autre interprétation de ces faits dont la découverte d'Hoffmann et Schaudinn est venue confirmer la portée et le mode de production.

M. A. Fournier m'oppose les résultats négatifs des inoculations des produits spécifiques au sujet infecté : suivant nous, ils prouvent seulement que l'expérimentateur n'a pu jusqu'ici réaliser les conditions dans lesquelles se produisent ces inoculations au sein de l'organisme. Je suis obligé de maintenir que mon interprétation explique tous les faits constatés par l'observation clinique et que seule elle peut les expliquer.

M. DARIER. — La communication de M. Hallopeau soulève trop de problèmes divers pour qu'on puisse la discuter dans son ensemble. D'ailleurs les idées qui y sont exprimées ont le caractère de simples hypothèses sans base expérimentale ; j'en retiendrai seulement quelques-unes pour les comparer aux faits mis en évidence par l'expérimentation. Tout d'abord le parallèle que veut établir M. Hallopeau entre la tuberculose et la syphilis n'est pas justifié ; la syphilis produit toujours l'immunité ; or il n'est pas du tout prouvé qu'il en soit de même pour la tuberculose : quand on inocule du bacille de Koch à un animal déjà tuberculeux, il est impossible de prévoir les conséquences de cette inoculation, mais en règle, les résultats en sont positifs. Il y a donc entre les deux maladies un contraste fondamental.

En second lieu, M. Hallopeau admet que les germes du lupus sont toujours atténués. Que nous enseigne à ce point de vue l'expérience ? Si l'on inocule à l'animal le plus sensible, c'est-à-dire au cobaye, un fragment de tissu lupique en se mettant dans les conditions les plus favorables, c'est-à-dire en prenant une quantité relativement considérable, au moins un gramme, de tissu lupique, et en évitant toute précaution antiseptique excessive, dans la moitié des cas le résultat est négatif. — Mais quand l'inoculation réussit, la maladie qui en résulte est tantôt très atténuée, tantôt virulente, alors que le virus provenait de la même source, ou s'il provenait de deux lupus différents, sans qu'il soit possible d'établir un rapport entre l'évolution de l'infection expérimentale, et les caractères cliniques de la lésion d'où provenait le virus inoculé.

Voilà quelques-uns des faits démontrés par l'expérience ; ils ne justifient pas, nous semble-t-il, les hypothèses de M. Hallopeau.

M. GAUCHER. — Le rapprochement que fait M. Hallopeau entre la syphilis et la tuberculose est difficile à admettre : le caractère essentiel de la syphilis est de conférer l'immunité ; en dehors donc de l'accident primitif et de ceux qui peuvent se produire par réinoculation avant que l'immunité soit établie, il n'y a pas de syphilides locales, il n'y a que des manifestations locales d'une infection générale. Au contraire, la tuberculose est une maladie locale ; les inoculations successives au même individu, à quelque phase de l'évolution qu'on les pratique, sont toujours positives. Ces divers foyers peuvent évoluer, chacun pour son compte, sans qu'il y ait entre eux aucun rapport

nécessaire. En résumé, la tuberculose est presque toujours locale ; la syphilis est toujours généralisée d'emblée.

M. HALLOPEAU. — J'ai le vif regret de ne pas me trouver d'accord, à cet égard, avec M. Gaucher. Suivant moi, la généralisation de l'infection par le tréponéma n'est que passagère : elle répond à la roséole et aux autres manifestations disséminées de la période secondaire ; mais bientôt, au bout de quelques semaines, le sang redevient indemne et la maladie n'est plus constituée que par un certain nombre de foyers parasitaires en activité ou latents, d'où l'importance capitale du traitement local dans tous les syphilomes.

Une observation attentive permet de constater dès les premières manifestations secondaires, la prolifération locale d'éléments éruptifs : il ne s'agit donc pas de manifestations purement toxiniennes. Je me suis efforcé de mettre ce fait en évidence dans le mémoire sur les substances toxiques dans la syphilis, que j'ai communiqué en 1904 au Congrès de Berlin. Constamment la propagation du syphilome est due à la multiplication et aux intra-inoculations du tréponéma.

D'autre part, je maintiens intégralement, malgré les objections qui m'ont été opposées, le bien-fondé de l'interprétation que j'ai donnée de mes observations. Le seul fait commun à la tuberculose et à la syphilis que j'ai signalé, c'est que le contagion modifié sous la forme, d'une part, de lupus, d'autre part de syphilome secondaire, cesse de présenter, lorsqu'il est inoculé à un sujet indemne, cette modification et donne lieu, dans le premier cas, à une tuberculose vulgaire, dans le second à un chancre induré : ce sont là des faits et non des hypothèses.

Guérison d'une alopecie lépreuse.

Par M. HALLOPEAU.

Dans la séance de mars, nous avons présenté à la Société ce malade, atteint, depuis quelques jours, d'une alopecie serpiginieuse à caractères tout particuliers des deux régions temporo-pariétales ; or vous pouvez constater qu'il n'en reste aujourd'hui pour ainsi dire pas de traces : tout au plus peut-on remarquer, par places, un très léger éclaircissement de la chevelure.

La sensibilité est intacte dans les parties qui ont été atteintes.

C'est là un fait qui, à notre connaissance, n'avait pas encore été signalé. Nous ne saurions dire quelle a été la pathogénie de cette manifestation lépreuse : s'agit-il d'une trophonévrose ? ou d'un lépromie très pâle qui nous aurait échappé malgré un examen des plus minutieux, en raison de la difficulté que présente au cuir chevelu la constatation des changements de couleur ? Il nous est impossible de trancher la question et nous devons nous borner à signaler le fait clinique.

Sur un nouveau cas d'iodisme végétant.

Par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

L'un de nous a fait connaître en 1888 une *forme végétante et atrophique de pemphigus iodique* ; il a montré que, chez des sujets prédisposés, ces éruptions bulleuses d'origine iodique peuvent laisser à leur suite des cicatrices indélébiles et s'accompagner d'un travail de prolifération conjonctive et épithéliale qui se traduit par la production de végétations ordinairement disposées en cercles et assez analogues aux condylomes vénériens.

On sait d'autre part que le bromure de potassium donne lieu, également chez des individus prédisposés, à la production d'éruptions tubéreuses.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter absorbe, depuis de longues années, des quantités notables de ces deux sels. Nous croyons devoir signaler les cicatrices végétantes dont il est atteint, en raison de leur grande rareté et de la difficulté que présente leur interprétation pathogénique.

Le nommé D..., Victor, âgé 73 ans, confiseur, entre à l'hôpital, salle Bazin, n° 32, le 29 mai 1906, pour des accidents cutanés remontant à 2 mois.

En l'interrogeant, on apprend que le malade a été épileptique de 14 à 20 ans ; il n'a pas eu de syphilis ; il ne boit guère.

Il a eu une fracture de jambe, il y a 20 ans ; du même côté, une phlébite, il y a 15 ans. C'est à peu près à cette époque qu'un pharmacien lui dit de prendre du KBr et du KI, à la dose de 0^{sr},75 de KI, et 2 grammes de KBr par jour. Depuis cette époque il n'a jamais cessé ces médicaments.

Il y a un an environ, il eut quelques boutons sur le nez, puis sur la face, la tête et les épaules. L'éruption dura 8 à 10 jours seulement, et disparut sans traitement.

A Pâques dernier, il souffrit de nouveau de la jambe gauche. Le pharmacien lui fit prendre de la levure de bière. A cette époque l'éruption recommença sur la figure. Il observa, dit-il, sur le nez, sur le front, de petits boutons rouges qui crevèrent et laissèrent, à leur place, une cicatrice. L'éruption se généralisa ensuite. En même temps les conjonctives s'enflammèrent et il survint un écoulement nasal. D... se décida alors à interrompre l'usage du bromure et de l'iodure.

Actuellement, l'éruption est surtout remarquable sur la face.

On voit, en effet, sur la partie inférieure du dos du nez, débordant de chaque côté et empiétant sur la partie voisine de la joue, des saillies végétantes de la peau, saillies en partie filiformes, atteignant jusqu'à 6 millimètres de longueur alors que leur épaisseur varie de 1 à 4 millimètres. D'autres sont sessiles, et d'apparence verruqueuse.

Ces végétations occupent toute la partie médiane du dos du nez, sa partie latérale gauche et la partie voisine de la joue, ainsi que l'aile du nez correspondante. Elles sont, par places, disposées en séries curvilignes. Certaines d'entre elles ont un aspect rocheux. Ces saillies sont confluentes : celles de la

joue forment une bande au-dessus du pli naso-jugal, disposée transversalement et de dedans en dehors, de 10 à 15 millimètres de haut, sur 4 centimètres transversalement.

Le côté droit du lobule et de l'aile du nez est parsemé de végétations dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis, disposées en ligne saillante.

Sur la joue droite, on observe des végétations analogues formant placard. Certaines sont pédiculées. L'une d'elles a l'aspect d'un fer à cheval, dont la base repose sur la surface végétante, son contour est libre, en saillie sur la joue, et sa partie centrale est le siège d'un orifice. Cette saillie, de 1 millimètre de hauteur, est translucide, avec coloration rosée, presque hémorrhagique.

Les autres végétations de la même région sont la plupart sessiles, avec croûtelles

Les placards, à côté des saillies, ont des parties d'aspect cicatriciel : par exemple, tout le lobule du nez est décoloré ; il existe aussi de petites saillies achromiques.

Des groupes de végétations sessiles sont disséminés sur les autres parties du visage : on en voit 8 sur la joue droite ; d'autres sur le front, au-dessus des sourcils ; quelques-unes sur la joue gauche. Tous ces placards sont en partie végétants, en partie cicatriciels, les parties affaissées étant centrales, les végétantes, périphériques.

De mêmes traînées végétantes, avec saillies pédiculées, forment un placard de plusieurs centimètres de longueur, dans le sillon rétro-auriculaire droit qu'elles intéressent dans la plus grande partie de son étendue.

Dans le cuir chevelu, on voit des cicatrices, grandes comme une pièce de 0 fr. 50 à 1 franc, régulièrement déprimées, colorées en rose pâle à leur partie centrale, rappelant l'aspect d'un lupus érythémateux. Un petit nombre d'entre elles sont surmontées de petites saillies.

Le malade affirme que le début de toutes ces lésions s'est fait par des bulles, qui se sont rompues, avec écoulement de liquide.

Sur le dos, les cicatrices varient du volume d'un grain de millet à celui d'une petite amande. Ovalaires, déprimées dans leur partie centrale, remarquables par leur coloration rose brunâtre, elles ne disparaissent pas sous la pression du doigt. Un petit nombre d'entre elles sont décolorées, quelques-unes sont arrondies ; leurs dimensions sont environ celles d'une pièce de 0 fr. 50. Quelques-unes, en petit nombre, sont végétantes. On les trouve sur les épaules ; l'une d'elles, sur le bras gauche, est recouverte d'une croûte. Le malade dit que toutes ont été croûteuses au début. Les bords sont plus pigmentés que la partie centrale, sur un certain nombre d'entre elles.

L'éruption a été abondante sur les mains ; il n'en reste plus que des macules et quelques cicatrices verruqueuses, de forme arrondie. Elles sont plus nombreuses dans les paumes des mains.

Il ne nous paraît pas douteux qu'il ne s'agisse là d'une dermatose d'origine médicamenteuse ; le malade a fait un abus considérable, depuis de longues années, de son mélange d'iodure et bromure ; comme chez notre premier sujet, l'intolérance ne s'est établie que

très tardivement et n'a pris que dans ces derniers temps un caractère grave. Il y a quinze ans, en effet, qu'il absorbe constamment les médicaments, et c'est l'an passé seulement qu'il a commencé à avoir quelques boutons, d'abord fugaces ; c'est depuis deux mois que sont survenues les altérations sur lesquelles nous désirons appeler l'attention.

Le diagnostic n'est pas douteux : Ni dans la tuberculose verruqueuse, ni dans le pemphigus végétant de Neumann, ni dans notre dermatite pustulense et végétante à progression excentrique, on n'observe ces végétations filiformes entourant des surfaces déprimées.

La seule difficulté est de savoir s'il faut incriminer l'iodure ou le bromure. Le meilleur moyen de juger la question serait d'administrer isolément chacun des deux médicaments ; mais nous ne nous croyons pas en droit de le faire : en effet, notre malade de 1888 a été atteint, lors de l'une de ses poussées iodiques, d'une manifestation oculaire qui l'a rendu aveugle ; on pourrait craindre chez celui-ci une semblable localisation. Nous devons dire d'ailleurs que les végétations présentent chez lui une telle ressemblance avec celles du malade de 1888, un moulage de Baretta nous en fournit le témoignage, que nous n'hésitons pas à les ranger sous la même étiquette ; dans les cas d'éruptions bromiques, on voit surtout des masses tubéreuses et fongueuses qui diffèrent très notablement des végétations filiformes que nous avons sous les yeux.

Cette réaction iodique est des plus exceptionnelles ; elle ne paraît se produire qu'en vertu d'une idiosyncrasie mise en éveil par un abus très prolongé du médicament.

M. Mory. — Je rappelle que le malade que j'ai présenté dans notre dernière séance pour manifestations iodiques cutanées, avait vu ses accidents survenir 4 jours après la cessation du traitement ; j'ajoute que sa lésion, assez difficile à classer au premier abord, a pris peu à peu la forme d'un pityriasis chronique généralisé plus prononcé aux membres inférieurs, et avec desquamation furfuracée très abondante. — Je compte le représenter dans une de nos prochaines séances, mais je note dès aujourd'hui, que, chez lui comme chez le malade de M. Hallopeau, les accidents ont été tardifs.

M. Al. Renault. — Je désire ajouter quelques mots au sujet du malade de 1888 auquel M. Hallopeau vient de faire allusion ; c'est moi en effet qui soignais à cette époque ce malade syphilitique avéré. Il prenait de l'iodure depuis longtemps ; et comme il présentait des manifestations cutanées rebelles, je lui avais continué ce traitement ; — l'éruption ne se modifiant pas, je l'avais supprimé pour le rétablir quelque temps après, sur les instances du malade qui n'était toujours pas guéri ; c'est à ce moment que se produisirent sur les cornées des bulles pemphigoides qui entraînèrent la cécité. M. Hallopeau, à qui je montrai alors le malade, fut d'avis que l'éruption cutanée était d'origine iodique, et fit cesser l'iodure. Il y eut une améliora-

tion des lésions cutanées; l'administration d'une nouvelle dose d'iodure ayant provoqué une nouvelle poussée pemphigoi'de, la nature iodique des lésions de la peau fut ainsi démontrée d'une façon irrécusable.

M. A. FOURNIER. — Nous serions heureux d'avoir quelques détails sur cette cécité iodique; par quel mécanisme se produisit-elle? quelle fut sa durée? n'y eut-il en dehors de l'iodure aucune autre cause qu'on pût incriminer pour expliquer les lésions oculaires?

M. HALLOPEAU. — La cécité a été produite par les cicatrices opaques consécutives aux bulles pemphigoi'des de la cornée; ces leucomes n'ont pas rétro-cédé et le malade est resté aveugle.

M. DE BEURMANN. — D'après ce que nous dit M. Hallopeau, il y eut kératite ulcéreuse; or, c'est là une affection fréquente; est-il bien certain qu'il ne s'est pas agi d'une simple coïncidence?

M. HALLOPEAU. — Si notre collègue veut bien se reporter au mémoire que nous avons publié en 1888 dans les « Annales de dermatologie et de syphili-graphie », sur une *forme végétante et atrophique de pemphigus iodique*, il pourra s'assurer que les conditions dans lesquelles se sont développées les bulles pemphigoi'des de la cornée, et leur étroite analogie avec les lésions cutanées, dont l'origine iodique a été démontrée, ne peuvent laisser place au moindre doute: c'est bien l'iodure qui a été la cause de la cécité.

M. A. FOURNIER. — Voilà un fait impressionnant pour nous tous qui administrons si largement l'iodure: heureusement il s'agit d'une exception rarissime, car à ma connaissance il n'existe pas dans la science une seconde observation de ce genre.

M. HALLOPEAU. — C'est notre privilège, comme médecins de cet hôpital, de trouver des faits nouveaux dans ses riches matériaux d'étude.

L'apparition de lésions cutanées pemphigoi'des chez un malade soumis à l'iodure, doit être considérée comme un signal d'alarme, et commande la cessation immédiate de ce traitement.

Deux cas de lupus de la face traités opératoirement.

Par M. MORESTIN.

Comme contribution à l'étude du traitement opératoire du lupus, question délicate et complexe s'il en fût, je présente à la Société deux jeunes filles chez lesquelles j'ai pratiqué il y a plus de deux ans l'ablation de plaques lupiques assez étendues du visage.

Voici en peu de mots l'histoire de ces malades :

I. — Adèle L..., modiste, 16 ans, m'est adressée à l'hôpital Cochin par le professeur Gaucher, au mois de mars 1904; elle est admise pavillon Velpeau, n° 34. Elle porte un lupus considérable occupant tout le côté gauche de la

face. Ce lupus a débuté vers l'âge de 6 ans à la partie antérieure de la joue gauche; jusque vers l'âge de 40 ans, cette plaque ne dépassa point les dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

Mais depuis cette époque, la plaque n'a cessé d'augmenter; sur elle, on a appliqué sans succès les pommades les plus diverses, on a essayé aussi les pointes de feu, puis des scarifications, et enfin, récemment, des applications de permanganate de potasse. Cette dernière médication a provoqué une irritation violente de toutes les parties touchées par le topique, et cette vive



FIG. 1.

réaction dissimule en partie les lésions proprement dites. Au bout de quelques jours, sous l'influence de pansements humides, ces phénomènes rétro-cèdent et se calment, la plaque lupique reparait. Elle occupe la région sous-orbitaire, une partie de la région malaire, la plus grande partie de la joue gauche; en haut, elle s'étend jusqu'au rebord orbitaire, en bas jusqu'au bord inférieur de la mâchoire inférieure. En avant, elle s'arrête à un petit travers de doigt de la commissure labiale et de l'aile du nez. En arrière, elle s'étend jusqu'au bord antérieur du masséter et même le dépasse. En somme, la plaque présente une dimension comparable à celle de la paume de la main.

L'ablation en est pratiquée le 15 avril, en présence du Dr Launay; elle conduit à un véritable écorché de la face; il faut procéder avec prudence pour éviter de léser les filets du facial, et cette dissection ne va pas sans une hémorragie assez abondante. Un énorme lambeau est prélevé sur le cou, comprenant tous les téguments de la région sus-hyôïdienne, et une partie de la région sous-hyôïdienne. Ce lambeau, large de quatre travers de doigt, long

de 13 centimètres, est appliqué sur la face et fixé seulement par quelques points de suture. La plaie d'emprunt est comblée par un énorme décollement poursuivi jusqu'au niveau de la deuxième côte. La suture n'est possible qu'en mettant la tête dans la flexion, elle est maintenue dans cette attitude par un système assez compliqué de bandes de toile. Le pansement est refait en partie le lendemain pour changer les compresses trempées par un abondant exsudat de sérosité sanguinolente.

Nouveau pansement au quatrième jour, permettant de constater que le



FIG. 2.

lambeau n'offre aucune tendance à la mortification. La petite malade nous aide beaucoup et se montre extrêmement courageuse et docile. Elle se prête facilement aux mouvements que nous lui demandons d'exécuter pour faciliter notre tâche. Au huitième jour, ablation d'un certain nombre de fils; le dixième jour, les autres sont ôtés et l'on commence à redresser la tête. Les suites sont des plus simples; avant la fin d'avril la cicatrisation est obtenue.

Mais ce n'est là que l'opération fondamentale; il fallut à quatre reprises, dans le courant du mois de juin et de juillet et enfin au courant d'octobre, faire des retouches pour ramener le lambeau à des dimensions convenables, pour supprimer le bourrelet disgracieux formé par la duplication de la peau au niveau du pédicule, enfin pour diminuer l'étendue des zones cicatricielles tant au niveau du cou qu'au niveau de la face.

Le 23 avril 1906 j'ai constaté une petite récidue, sous forme d'une plaque grande comme une lentille, occupant les limites de la joue et de la région

massétérine, au-dessous de l'arcade zygomatique, en arrière du lambeau, tout près de la cicatrice.

Le 4 mai j'ai fait, à la cocaïne, l'excision de ce nodule. Il a suffi de deux courtes incisions formant ellipse, et de 4 points de suture à la soie fine. Je n'ai pas eu à toucher au lambeau, et la réunion s'étant effectuée sans traction, l'aspect du visage reste exactement tel qu'il était avant cette très insignifiante intervention, c'est-à-dire dans l'état indiqué par la figure 2.

II. — Marguerite P., 20 ans, infirmière à l'hôpital Saint-Louis, porte un lupus



FIG. 3.

de la joue droite grand comme une pièce de deux francs environ, traité déjà sans succès durable par les cautérisations. Aucune maladie antérieure ; sa santé générale est en apparence très bonne. Opération le 5 avril 1904. Extirpation. La perte de substance causée par cette ablation est grande comme une pièce de cinq francs. Elle est couverte à l'aide d'un lambeau prélevé sur la région sus-hyoidienne. Cette plaie d'emprunt est immédiatement comblée par décollement de la peau de la partie antérieure du cou. La tête est maintenue fléchie à l'aide d'un tube en caoutchouc appliqué par-dessus le pansement, et fixé : d'une part, aux bandes entourant la tête ; d'autre part, à la partie thoracique du bandage. Suites très bonnes ; ultérieurement deux retouches sont nécessaires pour diminuer l'épaisseur du lambeau et pour supprimer un pli cutané au niveau du pédicule. Finalement le résultat est satisfaisant au point de vue esthétique. La malade reste bien guérie ; tant au niveau du lambeau que sur les téguments du voisinage, on ne peut soupçonner

aucune trace de récidence. La malade est encore actuellement complètement et parfaitement guérie, et sa guérison paraît bien devoir être considérée comme définitive.

Dans ces deux cas la guérison opératoire a été rapidement obtenue en laissant à la face une apparence convenable.

Certains détails de technique permettent en effet de réussir des autoplasties très étendues de la joue en prélevant sur la partie antérieure du cou les lambeaux nécessaires, si vastes soient-ils. La



FIG. 4.

plaie d'emprunt peut être comblée immédiatement par décollement et mobilisation des téguments du cou et même de la partie antérieure de la poitrine. L'inclinaison latérale de la tête, combinée à la flexion, facilite énormément la réunion, et la traction élastique assure dans de bonnes conditions la permanence de cette attitude. Le modelage consécutif du lambeau mis en place améliore s'il y a lieu son aspect et lui donne secondairement ses dimensions définitives. Il n'y a pas lieu d'insister davantage sur les divers artifices que l'on peut utiliser dans ces restaurations. Remarquez seulement que le résultat esthétique est ici très acceptable.

Le résultat thérapeutique est également satisfaisant; après deux ans chez notre première opérée, se montre il est vrai un foyer nouveau,

mais minuscule et promptement supprimé par une intervention des plus bénignes et des plus simples. Chez l'autre, la guérison ne s'est pas démentie et paraît acquise.

Or, il s'agissait, chez Adèle L..., d'un cas beaucoup moins favorable, en raison de la grande étendue de la lésion.

Le traitement chirurgical est en effet d'autant mieux indiqué que les plaques lupiques sont mieux circonscrites et plus petites. Dans de telles conditions il procure aisément des guérisons durables, et devient pour nous la méthode de choix, quand ces plaques observées à une période voisine de leur début siègent loin des orifices, car leur ablation peut être alors facilement réalisée par des procédés de chirurgie élémentaire.

M. GAUCHER. — Quand les lupus ne sont pas très étendus, leur destruction par le cautère me semble le procédé de choix ; mais quand les surfaces lupiques sont très étendues, je crois le procédé de M. Morestin supérieur à tout autre traitement.

M. DANLOS. — Je ne suis pas de l'avis de M. Gaucher quant à l'efficacité du galvanocautère ; tous les cas traités par les pointes de feu récidivent. Je préfère de beaucoup le raclage suivi d'applications caustiques.

M. GAUCHER. — Je suis d'accord avec M. Danlos ; je n'ai pas du tout parlé des pointes de feu, mais bien de la destruction en masse, de la *carbonisation* du lupus au moyen du couteau large du thermocautère.

M. DE BEURMANN. — La cautérisation en masse a de graves inconvénients et d'abord les récidives sont fréquentes ; ensuite les cicatrices sont presque toujours chéloïdiennes ou plutôt pseudo-chéloïdiennes, car ce tissu de sclérose est un tissu tuberculeux virulent ; quand on obtient une guérison définitive c'est qu'il s'agissait d'une gomme, non d'un lupus vrai.

M. MOTY. — Je trouve aussi les résultats de M. Morestin très remarquables, mais je dois dire que si j'avais à traiter un lupus comme celui-ci, j'aurais recours aux injections de naphthol camphré qui sont d'un emploi si facile et qui donnent des résultats satisfaisants ; c'est-à-dire une guérison apparente en quelques mois et une guérison définitive en quelques années, sans aucune interruption dans les occupations du malade et avec une cicatrice fort peu disgracieuse.

M. BROCCQ. — Il est impossible de discuter ainsi au pied levé une question aussi considérable que celle du traitement du lupus. J'ai toujours soutenu qu'il n'y a pas un traitement de lupus, mais un grand nombre de procédés divers qui doivent tous être employés, isolément ou simultanément, suivant les indications spéciales de chaque cas particulier, suivant la variété clinique du lupus, suivant son siège, son étendue, son ancienneté, suivant l'âge du malade, suivant son sexe, sa profession, sa situation sociale, etc.

Maintenant que nous commençons à avoir une certaine expérience des

méthodes nouvelles, et que nous pouvons comparer leur valeur à celle des procédés anciens, il serait intéressant, je crois, de discuter cette question avec toute l'ampleur qu'elle mérite, et de lui consacrer une séance spéciale.

(La Société, consultée par M. le Président, approuve la proposition de M. Brocq, et fixe au 20 décembre 1906 la date de cette séance spéciale.)

**Sur un cas d'une nouvelle éruption acnéiforme de la face :
acnéides hémisphériques agminées.**

Par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

L'un de nous, dans une communication avec M. P. Claisse, a fait connaître, en 1891, cette nouvelle forme de dermatose ; il en a publié un second cas en 1903, avec M. Krantz : il s'agit d'un type clinique nettement déterminé par l'apparition pseudo-exanthématique de boutons, leur localisation asymétrique sur le visage, leur groupement, analogue à celui du zona, leur forme hémisphérique sans acumination durable, leur consistance ferme, presque dure, leur coloration d'un rose brunâtre, l'absence de poils et de comédons dans la plupart d'entre eux, la suppuration de quelques-uns, l'intégrité de la santé générale.

L'éruption que vous pouvez constater chez M. B... présente cet ensemble de caractères. Son histoire et sa description peuvent être résumées ainsi qu'il suit :

Le nommé Gervais B..., âgé de 33 ans, voyageur de commerce, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, le 31 mai 1906, pour une éruption localisée à l'aile droite du nez et à la joue droite.

Cet homme est vigoureux ; c'est un ancien forgeron. Il n'a jamais eu aucune maladie ; il ne boit guère ; il n'a pas eu de syphilis. Dans sa famille, il n'y a ni syphilis, ni tuberculose.

Son éruption a débuté soudainement il y a 4 semaines, sans aucune cause apparente, sur l'aile du nez. Il n'y a pas attaché d'importance, et ne l'a pas traitée. Mais, le nombre des boutons ayant augmenté, il s'inquiète et vient demander des soins.

Nous constatons qu'une quinzaine de boutons occupent la partie inférieure de l'aile droite du nez et empiètent sur la joue. Ils forment 2 groupes, l'un nasal, l'autre naso-jugal. Dans le groupe nasal, on remarque 2 amas curvilignes, l'un, transversal, au-dessus de la narine, l'autre vertical ; ils se rejoignent par leur extrémité externe, et forment ainsi une sorte de V ouvert en dedans.

Dans le sillon naso-jugal, les boutons sont confluent bien qu'isolables. Il existe un élément aberrant au-dessous de la paupière droite.

La grosseur de ces boutons varie du volume d'un grain de millet à celui d'un pois ; leur forme est hémisphérique, non acuminée ; leur consistance est ferme, presque dure.

Leur couleur est uniformément d'un rose un peu sombre ; elle s'efface incomplètement à la pression, pour reparaitre bientôt après.

La peau, à leur pourtour, est normale. On ne voit pas de poils au milieu de ces néoplasies. Les orifices sébacés n'y sont point dilatés.

Notons enfin qu'un de ces boutons, situé dans le sillon naso-jugal, du volume d'un pois, est recouvert d'une squame étendue, qui s'enlève facilement, et au-dessous de laquelle est une surface excoriée.

Dans la ligne inférieure du groupe nasal, un des boutons, de petit volume, est pustuleux.

Nous avons insisté déjà antérieurement sur les signes qui différencient cette nouvelle dermatose de l'acnitis de M. Barthélemy ; nous n'y reviendrons pas.

Nous rappellerons que le cas présenté par l'un de nous l'an passé a été étudié au point de vue histologique par MM. Gastou et Seminario et qu'il est résulté de cet examen que les lésions y étaient analogues à celles du lupus nodulaire. Faut-il en conclure qu'il s'agit d'une manifestation de nature tuberculeuse ? Nous ne le pensons pas. Déjà, dans une discussion qui s'est élevée au sein de notre Société, l'un de nous a fait remarquer que cette structure nodulaire, avec cellules lymphoïdes épithéliales et géantes, s'observe dans des cas où des examens bactériologiques restent stériles aussi bien que les tentatives d'inoculation et que, par conséquent, on ne peut les considérer comme caractérisant l'infection de Koch, s'il n'y a pas concurremment de manifestations tuberculeuses. Le nouveau fait que nous venons de communiquer plaide dans le même sens : l'aspect du malade, sa vigoureuse constitution, l'absence de tout signe de tuberculose rendent bien peu vraisemblable chez lui l'existence de cette maladie. Si l'un de nous, dans son rapport au congrès de 1896, a, le premier, rattaché à la tuberculose les principales éruptions non bacillaires que M. Darier a eu depuis lors le mérite de dénommer toxi-tuberculides, il n'a compris sous ce vocable que des faits dans lesquels, en dehors de l'éruption, il existait habituellement des signes de tuberculose, soit pulmonaire, soit cutanée, soit ganglionnaire, soit osseuse ; il en est ainsi dans le lichen scrofulosorum, dans les tuberculides papulo-nécrotiques, dans l'acnitis et la folliculite de Barthélemy, dans nos tuberculides suppuratives et pemphigoïdes, dans l'érythème induré : rien de semblable pour la dermatose dont nous nous occupons aujourd'hui. Comme les deux précédents, le malade que nous présentons paraît exempt de toute tare constitutionnelle ; il n'y a pas trace de tuberculose concomitante.

D'autre part, les caractères de l'éruption diffèrent de ceux du lupus : le début pseudo-exanthématique par des placards agminés, la coloration rouge des éléments, leur saillie hémisphérique, leur consistance très ferme, le défaut d'infiltration dermique concomitante,

la suppuration constante de quelques éléments, l'asymétrie sont autant de signes qui séparent les deux affections : c'est vous dire que nous ne pouvons maintenir la qualification de *lupus nodulaire* adoptée lors de notre seconde communication sous l'influence des résultats de l'examen histologique et, toute maladie nouvelle exigeant une nouvelle dénomination, nous vous proposons d'appeler celle-ci *acnéide hémisphérique agminée*, en attendant le nom qui pourra être tiré de sa cause prochaine lorsqu'on la connaîtra.

A propos de notre deuxième présentation, M. Brocq a émis l'opinion qu'il s'agissait d'une maladie décrite en Autriche sous le nom d'*acné colloïde*; nous n'avons rien trouvé de semblable dans la littérature médicale : notre collègue a eu vraisemblablement présente à l'esprit l'affection qui a été signalée en 1866 par Wagner sous le nom de *miliun colloïde* et qui a été bien étudiée depuis lors par MM. Besnier, Balzer, Feulard, Pellizari, Jarisch, La Mensa, Perrin et Reboul; il y a en effet quelques traits cliniques communs aux deux maladies : ce sont la disposition agminée sans confluence complète des éléments, et la possibilité d'aspect vésiculoïde; mais, en dehors de ces particularités, il n'y a que des différences : en effet, dans ce pseudo-miliun colloïde, qui, d'après Balzer, doit être considéré comme une dégénérescence sénile, la coloration est citrine, les lésions ne sont que légèrement saillantes, elles ne suppurent pas, enfin, l'histologie y dénote la présence de blocs colloïdes avec altérations du tissu conjonctif et des fibres élastiques : il s'agit donc d'un processus très différent de celui qui appartient à notre acnéide hémisphérique agminée.

Quelques applications de la radiothérapie à la dermatologie.

Par M. BELOT.

Je désire vous présenter quelques malades que j'ai traités par la radiothérapie dans le laboratoire du Dr Bécclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Ils ne constituent pas des faits nouveaux mais vous montreront, j'espère, que les rayons X sont un précieux auxiliaire du dermatologiste.

Tout à tout on proclame l'excellence de la radiothérapie et sa faillite; je crois pour ma part que ceux qui font de cette méthode une panacée universelle sont aussi loin de la vérité que ceux qui lui refusent tout crédit.

Ce qui est certain, c'est que bien appliquée elle donne souvent des résultats là où la thérapeutique habituelle se déclare impuissante.

Les quelques faits que je vais vous exposer confirment cette opinion.

UN CAS DE NÉVRODERMITE CIRCONSCRITE TRAITÉE PAR LA RADIOTHÉRAPIE.

La malade que je vous présente est âgée de 34 ans. Depuis l'âge de 25 ans, elle souffre de démangeaisons plus ou moins tenaces limitées au voisinage des articulations : épaule, plis du coude, creux poplités, poignets et nuque.

Là où la violence du prurit entraîna un grattage souvent répété, survint un peu de lichénification. Un traitement approprié détermina la régression de ces lésions ; elles reparurent bientôt pour disparaître à nouveau durant le cours de deux grossesses successives. Cependant le prurit et la lichénification persistèrent au creux poplité droit, avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration.

Il y a trois ans le prurit devint plus violent en cette région et toutes les médications essayées par la malade furent sans résultat. En février, mars et avril 1906, elle fut traitée par les pommades dans le service du Prof. Gaucher : le prurit ne diminua pas.

Au mois de mai de cette année, elle vint à l'hôpital Saint-Antoine : à cette époque elle souffrait de démangeaisons intolérables limitées au creux poplité droit ; ces douleurs étaient plus violentes la nuit que le jour et exaspérées par la chaleur.

La peau était lichénifiée ; en un mot, il s'agissait d'un placard de névrodermite circonscrite de Brocq et Jacquet.

Deux applications radiothérapiques, l'une de 3 H 1/2, l'autre de 2 H, ont suffi pour faire disparaître le prurit et modifier notablement l'état du tégument.

Au congrès de Grenoble, en 1904, j'ai déjà publié plusieurs cas analogues ; je crois utile d'insister à nouveau, à l'occasion de cette malade, sur les résultats que permet d'obtenir cette méthode.

Généralement le prurit est rapidement calmé : l'amélioration survient le soir même ou le lendemain de l'application ; 5 à 6 jours plus tard, la peau commence à se modifier, elle change de couleur et les phénomènes subjectifs ont complètement disparu. Peu à peu les stries et le quadrillage s'atténuent, la peau redevient lisse ; il subsiste parfois pendant quelque temps un peu de pigmentation.

Quelquefois, consécutivement à la deuxième application, le malade accuse une sensation de cuisson, du reste passagère.

Il semble qu'il se produit un peu d'irritation locale, d'exaspération, pour ainsi dire, à laquelle succède, sans réaction cutanée marquée, la disparition plus ou moins durable des phénomènes morbides.

Je ne prétends pas que la radiothérapie donne des guérisons définitives, mais elle est capable de soulager les malades, souvent même de les guérir objectivement.

Il s'agit donc là d'une méthode de traitement digne d'être prise en

considération : on devra, à mon avis, la réserver aux cas rebelles, contre lesquels la thérapeutique habituelle est impuissante.

Il est nécessaire bien entendu de surveiller le régime alimentaire et l'hygiène pour éviter le retour des accidents.

Le procédé d'application est des plus simples.

Avec une feuille de tissu opaque convenablement découpée, on recouvre la peau saine entourant la lésion; il est cependant nécessaire de laisser à découvert tout autour du mal, une zone de peau saine d'un centimètre de large. Les rayons sont choisis peu pénétrants (N. 5 — 6 B.) : la quantité absorbée ne doit pas dépasser 4 à 5 H. Ordinairement une dose de 3 à 4 H est suffisante. Dans certains cas où le tégument est facilement irritable, où la région présente une sensibilité plus marquée (scrotum, face interne des cuisses) on réduira à 2 ou 3 H la quantité absorbée.

Si une seconde ou une troisième irradiation sont nécessaires, on ne doit pas dépasser 3 H par séance et il faut séparer chaque application par une dizaine de jours de repos.

On doit éviter absolument toute réaction cutanée, mais il ne faut pas trop s'étonner d'une légère poussée inflammatoire survenant parfois au début du traitement : elle précède ordinairement la régression de l'affection.

M. BROCC. — Le résultat que nous montre M. Belot, vient s'ajouter à ceux que nous avons déjà obtenus dans mon service pour des cas analogues; il montre l'efficacité remarquable des rayons X contre cette affection si rebelle : la névrodermite chronique circonscrite, ou plutôt, selon la terminologie que j'ai adoptée depuis quelques années, le prurit circonscrit avec lichénification. J'insiste sur ce point qu'il faut employer des doses faibles, car elles sont généralement suffisantes; de plus, avec des doses trop fortes on s'expose à des accidents tardifs, rebelles, comme j'en ai vu se produire dans un cas, un an après le traitement.

M. BALZER. — Nous avons employé le même traitement dans un cas analogue; la névrodermite a disparu après deux séances de faible intensité; mais peu après il s'est produit une nouvelle plaque à quelques centimètres de la première; la même médication en a encore eu raison, mais la durée du traitement s'en est trouvée notablement augmentée.

M. LENGLET. — Les conséquences de la radiothérapie sont de nature à lui faire préférer la haute fréquence dans le traitement des névrodermites. Elles guérissent souvent par ce procédé; on peut toujours utiliser secondairement la radiothérapie quand la haute fréquence est impuissante. De même il arrive qu'un malade amélioré par la radiothérapie voie sa névrodermite guérir complètement quand la haute fréquence est secondairement employée.

M. HALLOPEAU. — L'expression de névrodermite me paraît malheureuse :

il n'est nullement démontré qu'il y ait dans cette affection un trouble d'innervation prédominant.

M. BACOC. — C'est précisément pour éviter pareille objection que j'ai depuis longtemps substitué au terme de névrodermite, l'expression purement descriptive de *prurit circonscrit avec lichénification*.

UN CAS DE GOMME BACILLAIRE TRAITÉE PAR LA RADIOTHÉRAPIE.

Cette fillette est âgée de 8 ans et demi.

On trouve dans ses antécédents, une bronchite à l'âge de 3 mois, une fluxion de poitrine à 2 ans; depuis cette époque elle a, chaque hiver, une ou plusieurs bronchites. Actuellement elle tousse encore de temps en temps, elle a peu d'appétit, ce qui, joint à son facies, fait penser sinon à de la bacillose du moins à de la scrofule.

Elle vint nous trouver vers la fin de novembre 1905 pour ce qu'elle appelait un gros bouton. On constatait sur la joue gauche l'existence d'un nodule dur, indolore, du volume d'une grosse noisette.

Il occupait l'épaisseur de la joue et se manifestait extérieurement par une saillie assez prononcée. La peau était rouge, violacée, non seulement au-dessus du nodule, mais aussi tout autour, dans une étendue supérieure à celle d'une pièce de deux francs. Il n'y avait ni fluctuation, ni tendance à la suppuration.

La lésion semblait avoir débuté un an auparavant, par un petit bouton dur et quelque peu saillant qui progressivement avait atteint le volume d'une noisette. Elle évoluait plus rapidement depuis 2 mois.

Le diagnostic porté fut celui de gomme bacillaire (Béclère).

Elle fut soumise au traitement radiothérapique. Le 30 novembre elle reçut 3 H 1/2 avec des rayons 7-8. Le 21 décembre, une notable amélioration pouvait être constatée. Une seconde irradiation avec absorption de 2 H fut pratiquée. Le nodule continua à diminuer régulièrement. Le 15 février 1906 fut faite la sixième application. A ce moment, au palper, on ne constatait plus rien; la région était encore un peu plus colorée que la peau saine, il ne s'était jamais produit de réaction cutanée.

En mars et avril, je fis encore deux faibles irradiations pour prévenir toute récurrence.

Comme vous pouvez le voir, le résultat obtenu est excellent: l'aspect est parfait au point de vue esthétique et je ne crois pas que l'intervention chirurgicale, dont on ne saurait nier parfois l'utilité, ait pu donner un semblable résultat.

On sait que dans le lupus, la radiothérapie produit rarement un résultat complet ou définitif; je crois même que seule elle est incapable de déterminer la guérison objective totale; aussi est-il intéressant de constater que les rayons de Röntgen méthodiquement appliqués peuvent, à eux seuls, déterminer la régression de certaines gommes bacillaires. Cet effet est à rapprocher de celui constaté sur certains ganglions bacillaires et sur certaines tuberculoses cutanées.

J'attribue la rapidité du résultat à ce fait que la lésion a été traitée avant tout autre mode d'intervention et à une époque très rapprochée de son apparition. En radiothérapie ce facteur est capital.

M. LENGLET. — La malade atteinte de gomme tuberculeuse de la joue que nous présente M. Belot rentre dans la catégorie des variétés de tuberculoses heureusement influencées par les rayons X. A la même catégorie appartiennent, le lupus scléreux papillomateux qui est en somme une tuberculose proprement dite, le scrofuloderme et les adénites bacillaires; dans le lupus, dont la nature tuberculeuse ne s'affirme pas de la même façon, l'action de la radiothérapie est aléatoire et il y a lieu de distinguer absolument ces deux groupes qui sont si nettement individualisés à tous les points de vue.

M. DANLOS. — En effet, les végétations de la tuberculose verruqueuse fondent à vue d'œil, sous l'influence des rayons X. C'est tout différent de ce qui se passe dans le lupus vulgaire.

DEUX CAS D'ACNÉ KÉLOIDIENNE DE LA NUQUE, GUÉRIS PAR LA RADIOTHÉRAPIE (M. BELOT et M. HARET).

J'ai soigné par la radiothérapie plusieurs cas d'acné kéloïdienne de la nuque : vous savez combien cette affection est difficile à guérir; les deux malades que je désire vous présenter avaient été soumis pendant plusieurs années aux traitements les plus divers, sans résultat favorable. Non seulement le mal ne régressait pas, mais il continuait à évoluer.

Chez le premier malade l'affection a commencé en 1900, à la suite, dit-il, d'un bain sulfureux. Huit à dix pustules apparurent sur la nuque : elles furent traitées à l'hôpital Saint-Louis par des pointes de feu. Cette intervention ne fut suivie d'aucune amélioration. Le mal s'étendit et gagna une partie de la nuque. Les pustules devinrent plus nombreuses : la peau s'épaissit et s'indura... l'acné kéloïdienne s'établit peu à peu.

De 1900 à 1904, cet homme suivit différents traitements : pommades, dépuratifs, etc.

En septembre 1904, il fut soigné à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du professeur Gaucher, par des scarifications et vaporisations. Audire du malade, ce traitement énergique n'empêcha pas la lésion de continuer à s'étendre.

Le hasard voulut qu'un des malades que nous traitions à Saint-Antoine lui conseillât de venir nous trouver.

A cette époque (septembre 1905) toute la région de la nuque était envahie par le mal sur une hauteur de 4 à 5 centimètres. Un long ruban kéloïdien horizontal plus ou moins saillant par places, plus ou moins ramifié, portant çà et là, au fond de véritables puits, quelques bouquets de poils malades, en occupait le milieu. Tout autour et même sur la kéloïde, on voyait des pustules, des croûtes, des foyers purulents ouverts, etc.

Le tout reposait sur un coussin d'œdème inflammatoire diffus.

Le malade éprouvait quelques sensations de démangeaison et de cuisson ; il était gêné dans ses mouvements.

Je commençai le traitement le 20 septembre 1903 ; je décomposai en deux parties la surface malade et je fis absorber 3 H (Rayons 7-8) à chaque côté, en limitant par une droite bien raccordée la zone d'action, au voisinage du cuir chevelu.

Huit jours après, une seconde application analogue ; huit jours plus tard, une troisième fut faite.

Après la deuxième séance, les poils commencèrent à tomber et l'épilation fut complète après la troisième. En même temps, les pustules se séchèrent, les foyers purulents se vidèrent, l'induration diminua, le tout s'accompagnant d'une légère poussée inflammatoire avec sensation de chaleur.

Quinze jours de repos furent accordés au malade et quand il revint à l'hôpital, il ne restait plus que la kéloïde. Depuis je l'ai traité avec douceur, à doses faibles et espacées, et aujourd'hui vous pouvez constater qu'elle s'est considérablement aplatie, puisqu'elle mesurait au début, surtout à droite, plus d'un centimètre d'épaisseur. Je sais bien que la suppression de la folliculite entraîne souvent la régression de la kéloïde ; mais étant donnée l'action indiscutable des rayons X sur les kéloïdes non entretenues par un foyer inflammatoire, il est permis de croire que le traitement radiothérapique non seulement a déterminé une parfaite épilation de la région malade, une régression des phénomènes inflammatoires, mais aussi la diminution de la kéloïde elle-même.

En tout cas, le fait clinique est là : aujourd'hui, ce malade peut être considéré comme guéri de son acné ; son infirmité a disparu et cela sans douleur, sans ennui et assez rapidement. La radiothérapie a agi là où les méthodes habituelles avaient échoué.

Il subsiste encore quelques traces de la kéloïde, de jour en jour moins apparentes ; ce reliquat diminue progressivement et disparaîtra bientôt.

Le second malade est analogue au premier. Il a été traité par mon collègue et ami le Dr Haret.

L'affection avait débuté en 1897 et avait été traitée par le thermocautère à l'hôpital Saint-Louis. Ce traitement n'eut pour effet que d'exaspérer la lésion.

En 1900 les cautérisations ignées furent reprises sans plus de succès que la première fois.

De 1900 à 1903, il essaya sans résultat tous les dépuratifs et toutes les pommades.

En 1906, il revint à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du professeur Gaucher ; pendant près d'une année on le soumit aux scarifications et aux pulvérisations sans qu'il survint la moindre amélioration. Le 30 mars 1906 fut commencé le traitement radiothérapique. Il a reçu trois applications avec dose de 3 H pour les deux premières et 2 H pour la troisième.

Vous pouvez voir que ce malade est presque totalement guéri, seules les traces de la kéloïde persistent, et cependant une période d'instruction militaire qu'il vient d'accomplir nous a mis dans l'obligation de ne pas faire d'irradiation depuis près d'un mois.

Dans quelques semaines il sera complètement guéri.

En résumé, je ne crois pas qu'il soit nécessaire, dans le traitement de cette affection, de dépasser 3 H et 3 H 1/2 par application ; l'état inflammatoire des téguments nécessite, en plus, une certaine prudence.

L'évolution des phénomènes fixera la succession des irradiations.

Il va sans dire qu'il ne faut provoquer aucune réaction ulcéralive.

M. DANLOS. — Je crois que la radiothérapie est le traitement de choix des chéloïdes, mais ce traitement demande beaucoup de temps et de patience, car il faut, pour atrophier la cicatrice chéloïdienne, des séances multiples. A l'inverse de ce qu'a vu M. Belot, chez mes malades, les cicatrices chéloïdiennes de la nuque ont supporté sans inconvénient des séances de 5 H répétées tous les 15 jours pendant fort longtemps, et c'est à ce prix seulement que j'ai obtenu l'atrophie.

Dans un cas de chéloïde spontanée, présternale, faisant une saillie transversale dont l'épaisseur ne mesurait pas moins de 5 à 6 millimètres, l'atrophie a été complète et une cicatrice lisse a été obtenue. Elle a persisté ; mais à une distance de 5 à 6 centimètres de la première est apparue au bout de quelques mois une nouvelle chéloïde que la malade n'a pas semblé très désireuse de faire traiter, en raison, sans doute, d'une radiodermite légère qu'elle avait eue dans son premier traitement et dont elle avait gardé mauvais souvenir. Je signale ce fait qui prouve que les rayons X n'ont pas donné d'immunité de voisinage, contrairement à ce qui se voit pour le radium, qui dans certaines affections, le lupus vulgaire notamment (je ne l'ai pas essayé contre les chéloïdes), confère pour un temps considérable une immunité contre les récidives au terrain influencé par ses radiations.

J'ajoute en terminant que si les malades de M. Belot n'ont plus d'acné, leur chéloïde n'est nullement guérie.

M. BROcq. — La radiothérapie est une méthode excellente contre les chéloïdes ; mais ce n'est pas la seule efficace ; et j'ai pour mon compte guéri nombre de chéloïdes par les emplâtres, les scarifications, l'électrolyse, etc.

M. DE BEURMANN. — Le traitement le plus recommandable des chéloïdes me paraît être l'ablation chirurgicale large, suivie aussitôt d'une série de séances d'irradiation ; ce procédé semble prévenir les récidives.

M. FOURNIER. — Comme exemple de chéloïde guérie par les scarifications, M. Danlos vient de nous montrer un moulage qui me paraît être caractéristique d'une syphilide circonscrite de la nuque. Il faut savoir que les syphilides peuvent très bien guérir par les scarifications ; j'en ai fait l'expérience sans le vouloir chez une jeune fille qui présentait des lésions analogues à celles de ce moulage ; un peu plus tard, j'ai acquis la conviction qu'il s'agissait d'une hérédo-syphilis, et les lésions ayant récidivé, je les ai guéries définitivement par le mercure.

M. DANLOS. — Mon malade était effectivement syphilitique ; mais le traite-

ment ne semblant rien donner, M. Besnier avait commencé avec grand succès le traitement par les scarifications. Je n'ai fait que le continuer, en y joignant toutefois, pour finir, l'ablation.

M. SÉE. — Est-il bien établi que les données relatives à la chéloïde vraie s'appliquent à l'acné chéloïdienne qui en semble bien différente ?

M. BELOT. — Je tiens à faire remarquer que dans ma présentation j'ai visé *l'acné chéloïdienne, et non la chéloïde en général*; chez mes 2 malades l'acné a guéri, et la chéloïde a rétrogradé notablement, comme cela est fréquent par le seul fait de la disparition des folliculites. Dans les chéloïdes vraies, on peut aussi avoir des succès par les rayons X, mais il faut agir avec prudence, car c'est une lésion très irritable. Il faut employer de faibles doses et ne pas dépasser 2 à 3 H tous les 15 jours.

UN CAS D'ÉPITHÉLIOMA GUÉRI PAR LA RADIOTHÉRAPIE; ESSAI DE SENSIBILISATION.

Les cas d'épithéliomas cutanés guéris par la radiothérapie sont aujourd'hui fort nombreux et si je me permets de vous présenter cette malade, c'est parce que je crois son histoire particulièrement intéressante. L'adhérence aux plans profonds, adhérence qui a persisté et dont vous pourrez vous rendre compte, semble bien indiquer que la néoplasie n'était pas simplement limitée au derme.

J'ajoute qu'elle fut traitée (*du reste sans résultat*) par le sérum du Dr Doyen et que j'ai essayé chez elle une méthode de sensibilisation dont je vous dirai quelques mots tout à l'heure.

Cette malade, âgée de 57 ans, vit apparaître, il y a 13 ans, au niveau de la région malaire droite, un petit bouton saignant facilement; il ne tarda pas à s'ulcérer.

Peu à peu, l'étendue de l'ulcération augmenta. Inquiète à juste titre, la malade consulta, il y a 7 ans, un médecin qui porta le diagnostic de cancroïde.

Depuis cette époque, on appliqua sur la plaie des médications aussi variées qu'inefficaces : pommades, emplâtres, caustiques, diachylon, etc. Entre temps, on pensa à une lésion lupique puisqu'elle fut traitée à l'hôpital Broca par la photothérapie et le thermocautère.

Tout cela ne fit rien; comme l'ulcération s'étendait toujours, comme en même temps elle creusait en profondeur, la malade alla consulter le docteur Doyen, dont elle avait entendu vanter le sérum.

Celui-ci pratiqua, il y a environ 2 ans, des injections de sérum anti-cancéreux; le traitement fut poursuivi pendant 6 semaines.

Il ne fut suivi d'aucun effet.

Lorsqu'elle vint nous trouver à l'hôpital Saint-Antoine, l'ulcération profonde, bourgeonnante, à bords taillés à pic par places, occupait une partie de la joue. Il n'y avait pas d'adénopathie, mais on constatait une adhérence des tissus aux plans osseux sous-jacents.

La photographie que je vais vous faire passer vous donnera, mieux

que la meilleure description, une idée de la lésion au début du traitement.

La malade reçut, en tout, environ 83 unités H, réparties en séances plus ou moins intenses, plus ou moins espacées, du mois de mai 1904 au mois de décembre 1905.

Elle fut traitée par la méthode que j'emploie habituellement dans ces cas : protection du centre au bout d'un certain temps, de façon à faire absorber aux bords une plus grande quantité d'énergie.

En plus, j'ai sensibilisé la plaie.

Vous savez qu'à la suite des travaux de Dreyer, de Tappeiner, etc., on a essayé de renforcer l'action des radiations en injectant dans les tissus des substances capables d'émettre un rayonnement spécial sous l'influence de certaines parties du spectre.

Morton, en Amérique, fut un des premiers à appliquer ce principe en radiothérapie.

J'ai voulu tenter un essai dans cette voie.

A cet effet, avant chaque application, j'ai recouvert d'une émulsion gommeuse de fluorine la moitié droite de la surface ulcérée et j'ai pratiqué l'irradiation. J'ai procédé ainsi pendant les cinq premières applications.

Je dois avouer que je n'ai pu constater de différence nette entre les deux côtés : la régression s'est faite sur toute la partie ulcérée; la fluorine ne me semble pas avoir sensiblement renforcé l'action des rayons X.

J'avais choisi la fluorine parce que ce corps, non seulement devient phosphorescent (rayons visibles) sous l'influence des rayons X, mais encore émet dans ce cas une notable quantité de radiations ultra-violettes.

Il n'est pas invraisemblable d'admettre, à la suite de Goldstein et d'Holznecht, que les rayons de Röntgen, ainsi du reste que les rayons du radium et les rayons cathodiques, possèdent une propriété commune, celle de se transformer, quand ils sont absorbés, en lumière ultra-violette de courte longueur d'onde. On peut se figurer que chacun de ces rayonnements d'espèce différente se propage d'une manière qui lui est propre, mais qu'au terme ultime de son parcours il est absorbé sous forme de lumière ultra-violette; cette transformation se produisant plus ou moins vite selon la vitesse du rayonnement primaire.

Dans cette hypothèse, on pouvait espérer que la production supplémentaire de radiations ultra-violettes par la fluorine irradiée, viendrait augmenter l'activité du traitement.

En réalité, je n'ai pu constater de différence nette. Il n'en faudrait pas conclure que la sensibilisation n'ait aucune valeur en radiothérapie.

D'abord, la sensibilisation que j'ai utilisée était faible : la production de rayons ultra-violets aurait été plus abondante si je m'étais servi d'un produit moins finement pulvérisé, mais alors il eût été en couche plus épaisse et aurait fait écran.

Ensuite, il est fort probable que l'effet de ces rayons ultra-violets (secondaires), s'il existe, a pu être totalement masqué par l'action directe des rayons X.

On sait avec quelle facilité le rayonnement d'une ampoule est absorbé par les tissus les plus superficiels : le rayonnement secondaire de la fluorine ne peut avoir qu'une très faible activité comparée à celle des rayons X incidents

Il n'en serait pas de même en profondeur, car à mesure que l'épaisseur des tissus interposés augmente, les rayons X sont de moins en moins absorbables; à une certaine profondeur, la fraction arrêtée est très faible... L'effet pourrait alors être renforcé utilement par le rayonnement secondaire du corps phosphorescent.

Il ne faut pas oublier, soit dit en passant, que le rayonnement des corps phosphorescents a toujours une longueur d'onde plus grande que le rayonnement excitateur.

Il me semble qu'il serait plus intéressant de partir d'un autre principe.

Au lieu de chercher à provoquer par les rayons X la phosphorescence d'un corps dont on utilise le rayonnement que j'appellerai secondaire, on pourrait faciliter l'absorption du rayonnement primitif en injectant dans les tissus des corps à poids atomique élevé. Frappées par les rayons X, les particules de ces corps donneraient naissance à des rayons secondaires, tertiaires, etc., rayonnement secondaire ordinairement plus facilement absorbable que les rayons primaires.

Ce ne sont évidemment là que des hypothèses; il me semble cependant que la radiothérapie pourrait tirer quelque profit de la sensibilisation.

Chez cette malade, je ne crois pas que la chirurgie ait pu donner un meilleur résultat : la cicatrice est très belle, l'aspect objectif est excellent.

Étant donnée l'adhérence aux plans profonds, adhérence qui a persisté malgré la cicatrisation, je crois utile de surveiller de très près cette malade et de lui faire de temps en temps une légère irradiation préventive.

En résumé, Messieurs, il me semble qu'au lieu d'accuser systématiquement la radiothérapie d'impuissance, au lieu de ne lui reconnaître aucune supériorité sur les autres méthodes, il serait plus sage de préciser ses indications.

Appliquée avec discernement et méthode, elle peut rendre au dermatologiste les plus précieux services puisqu'elle peut guérir là où les autres procédés ont échoué.

M. NOIRÉ. — J'ai repris les expériences de Dreyer avec la fluorescéine, mais sans succès. J'ai essayé aussi d'employer des pommades mercurielles à la vaseline radioactive, elles ne sont pas plus efficaces, mais donnent beaucoup plus facilement de la radiodermite.

M. BELOT. — La radioactivité produite par l'émanation du radium, celle que M. Noiré a employée, se perd rapidement : au bout de 4 jours, le rayonnement a déjà diminué de moitié; il ne faut pas oublier ce fait dans les expériences thérapeutiques.

Pour sensibiliser les tissus au moyen de substances à poids moléculaire élevé, les injections sous-cutanées seules ont de l'intérêt puisqu'elles permettraient peut-être d'obtenir plus d'action en profondeur; à la surface des lésions, au contraire, l'irradiation n'a pas besoin d'être renforcée; elle est toujours suffisamment énergique.

Grands chancres mous grangreneux cruro-vulvaires ; association de la symbiose fusco-spirillaire de Vincent avec le bacille de Ducrey.

Par MM. BALZER et POISOT.

M^{me} B..., 32 ans, blanchisseuse, entre le 25 mai 1906, salle Alibert, n° 25, pour des ulcérations étendues et profondes, donnant lieu à des hémorrhagies et siégeant symétriquement au niveau des plis génito-cruraux.

Elle fait remonter le début des accidents actuels aux premiers jours de mai. A cette époque, elle aurait eu deux rapports suspects ; 4 ou 5 jours après, seraient apparus un léger gonflement des grandes lèvres et une rougeur diffuse de la région crurale adjacente ; il n'y avait ni douleur, ni gêne d'aucune sorte.

Une dizaine de jours plus tard, c'est-à-dire vers le 15 mai, la malade constate l'existence, dans chacun des plis vulvo-cruraux, centres des régions enflammées, d'une petite plaie de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

Rapidement ces ulcérations s'étendent en surface et en profondeur, d'abord sans douleurs bien vives, aussi la malade ne s'en inquiète-t-elle nullement, puis, en raison de leur situation même, elles rendent la marche douloureuse et finalement presque impossible. Un suintement abondant, purulent, séro-sanguinolent et très fétide souille constamment la malade, des hémorrhagies locales apparaissent, et c'est alors qu'effrayée par les pertes de sang, elle se décide à venir à la consultation de Saint-Louis, où elle arrive en voiture d'ambulance.

L'état local, à son entrée à l'hôpital, est très sérieux, et l'on s'imagine difficilement que cette femme ait pu rester sans traitement jusqu'à un stade aussi avancé de ses lésions. Deux ulcérations étendues et profondes occupent symétriquement les plis génito-cruraux, empiétant d'une part sur la face externe des grandes lèvres, d'autre part sur la racine des cuisses. Irrégulièrement ovalaires, à contours nets, ces ulcérations mesurent : celle du côté gauche, allongée dans le sens du pli génito-crural, 6 à 7 centimètres sur 5 à 6 centimètres ; celle du côté droit, allongée transversalement sur la racine de la cuisse, 3 ou 4 centimètres dans son diamètre vertical, 7 à 8 centimètres dans son diamètre transversal.

Les bords, taillés à pic, présentent un bourrelet rougeâtre, nettement inflammatoire. De toute la surface ulcérée s'écoule une sanie séro-sanguinolente, mêlée de pus et de lambeaux noirâtres, sphacelés, d'odeur infecte. La douleur au contact est vive.

Dans toute la région voisine, la peau est le siège d'un érythème inflammatoire, sur lequel se sont développées, en arrière des ulcérations principales, de petites ulcérations, l'une à droite, peu profonde, allongée transversalement, trois à gauche, presque lenticulaires, à bords décollés, à fond tomenteux, laissant suinter un pus épais, jaunâtre, très douloureuses au contact, à base parfaitement souple.

Les ganglions inguinaux ne sont ni tuméfiés, ni douloureux.

La vulve est complètement masquée par l'œdème des grandes lèvres ;

celles-ci sont difficilement écartées l'une de l'autre et on constate alors un écoulement leucorrhéique assez abondant, mais pas d'ulcérations.

L'anus ne présente aucune lésion.

L'état général n'est nullement en rapport avec l'importance des lésions locales. La température est normale ; le pouls est à 76. La langue est légèrement saburrale. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Pas de vomissements, pas de céphalée.

La malade affirme que son état de santé habituel est excellent. Elle n'a jamais été malade. Elle n'a pas eu de grossesse. Elle nie tout antécédent syphilitique et il n'est d'ailleurs pas possible de trouver actuellement un stigmate quelconque de vérole. Elle nie l'éthylisme, mais un léger tremble-

L'examen bactériologique pratiqué le lendemain de l'entrée, avant tout traitement, a donné les résultats suivants :

ment de la langue et des doigts, un certain degré d'agitation et d'insomnie, surtout marqué, dit-elle, depuis son entrée à l'hôpital, quelques douleurs stomacales, de l'anorexie, ne permettent pas de l'innocenter complètement à cet égard.

Pus des grandes ulcérations : Fixation à l'alcool-éther. Coloration au Ziehl dilué.

Les préparations montrent une flore microbienne extrêmement riche et très variée, dans laquelle on aperçoit, de prime abord, de nombreux spirilles, peu colorés, rappelant par leur forme et leur aspect les spirilles décrits par M. Vincent dans l'angine et dans la stomatite ulcéro-membraneuses. En certains points, mais toujours en petit nombre, des bacilles fusiformes, très colorés, à extrémités effilées, quelquefois réunis en diplo-bacilles, leur sont associés.

Il était difficile d'affirmer la présence du bacille de Ducrey, en raison de l'abondance extrême des espèces microbiennes. Nulle part nous ne l'avons vu en groupements caractéristiques, mais çà et là de petits bacilles en navette, à centre clair, à extrémités très fortement colorées, rappelaient l'aspect du bacille du chancre mou, et cette impression était d'ailleurs confirmée par l'examen du pus des petites ulcérations. Ici les bacilles de Ducrey étaient facilement reconnaissables, en groupements intra et extracellulaires ; par contre, les spirilles étaient très rares et il n'y avait pas de bacilles fusiformes à ce niveau.

Dans l'écoulement vulvaire, nous n'avons trouvé ni gonocoques, ni spirilles.

Nous n'avons pas cherché à contrôler le diagnostic de chancre mou par l'auto-inoculation ; nous ne nous sommes pas cru autorisés à la pratiquer, en raison de l'allure gangreneuse et de la tendance phagédénique des lésions.

Persuadés d'ailleurs que la malignité locale était due beaucoup plus aux spirilles qu'au bacille de Ducrey, nous avons institué immédiatement la médication par le bleu de méthylène : badigeonnages journaliers des lésions avec la solution de bleu à 1 p. 200 ; compresses en permanence, imbibées d'eau oxygénée boratée.

Déjà après 48 heures l'amélioration était manifeste et le processus gangreneux enrayé. La réparation se fait actuellement avec une grande rapidité.

L'examen microscopique a montré, dès le deuxième jour du traitement, la

disparition complète des spirilles et des bacilles fusiformes ; par contre, le **bacille de Ducrey**, beaucoup moins sensible au bleu de méthylène, se retrouvait encore au huitième jour, en certains points des grandes ulcérations.

C'était là une nouvelle preuve qu'il s'agissait bien de chancres mous.

C'est qu'en effet à l'arrivée de la malade, et avant tout examen microscopique, on aurait pu penser, en présence de telles lésions, en raison de leur spontanéité apparente et de leur extension rapide, à une gangrène à streptocoques. Mais le siège exclusivement périgénital, la limitation du sphacèle, l'absence de phénomènes généraux et l'apparence même des lésions n'étaient guère en faveur de cette hypothèse.

L'examen microscopique nous a montré qu'il s'agissait en réalité de chancres mous périgénitaux, siégeant dans les plis vulvo-cruraux. Mais l'envahissement de ces ulcérations chancrelleuses par les spirilles et les bacilles fusiformes semble avoir été la cause du processus gangreneux secondaire, qui aurait pu faire méconnaître la véritable nature des lésions, si nous n'avions réussi à mettre le bacille de Ducrey en évidence, d'abord dans les petites ulcérations, ensuite dans les ulcérations principales, au moment où les spirilles et la plupart des autres microbes avaient disparu, détruits par le bleu de méthylène.

L'apparition primitive de ces chancres mous dans les plis vulvo-cruraux, leur allure gangreneuse très marquée sous la dépendance de la symbiose fuso-spirillaire, l'arrêt presque immédiat de ce processus des phacèle et la réparation rapide après l'action du bleu de méthylène sont des faits intéressants sur lesquels nous avons voulu retenir un instant l'attention.

Ils sont à rapprocher, sans cependant leur être superposables, de ceux que MM. Danlos et Dehérain ont rapportés dans la séance du 1^{er} mars 1906.

La localisation singulière des lésions dans les plis vulvo-cruraux aurait pu nous tromper et faire écarter l'idée de chancre mou, d'autant plus qu'ils n'y avait pas de chancre à la vulve, comme cela est la règle habituelle.

En pareil cas l'examen bactériologique est nécessaire pour arriver à un diagnostic certain. Il est probable que la plupart des affections gangreneuses des organes génitaux, tels que chancres mous gangreneux, *affection anthracôïde* de Mauriac, doivent être attribuées à la symbiose fuso-spirillaire de Vincent (1), constatée également par Rona et Matznauer, mais cette symbiose paraît volontiers pénétrer par les portes d'entrée ouvertes par le bacille de Ducrey. Celui-ci n'est pas détruit par le sphacèle, on peut constater sa présence aux

(1) VINCENT. La symbiose fuso-spirillaire. *Annales de dermatologie*, p. 401, 1905.

diverses phases de l'affection. Il prédomine de nouveau à mesure que le bleu de méthylène fait disparaître la symbiose fuso-spirillaire.

Accidents causés par la piqûre de l'Argas.

Par MM. BALZER et POISOT.

Nous venons d'observer un cas curieux de parasitisme accidentel, dû à un acarien du genre *Argas*. C'est là un hôte assez fréquent des colombiers, où il exerce des ravages et dans lesquels il peut persister très longtemps, même après leur abandon ; il est en effet susceptible de rester des années sans prendre de nourriture.

Les cas paraissent assez rares, du moins en France, où l'*Argas* des pigeons s'attaque à l'homme, mais cette rareté n'est peut-être qu'apparente : on ne songe pas à l'*Argas*, on ne sait pas le reconnaître. En présence des accidents qu'il détermine, on pense à des piqûres de punaises ou de moustiques, à une urticaire de cause interne, ou, si les accidents sont sérieux, à une lymphangite, à un phlegmon, dont on méconnaît l'origine. Voit-on l'acarien lui-même, on le prend volontiers, à un examen superficiel, pour une vulgaire punaise, erreur que l'on évitera très facilement par la constatation des quatre paires de pattes et du rostre ventral. La présence d'un pigeonnier, même abandonné, à proximité du local habité par le malade, sera, à défaut de la constatation de l'acarien lui-même, un élément important du diagnostic qui permettra, une fois posé, de combattre la cause des accidents.

Voici le cas qu'il nous a été donné d'observer :

L..., garçon de café à Meudon, vient à la consultation de l'hôpital St-Louis, le 3 juin 1906, pour une lésion inflammatoire douloureuse du bras gauche, causée, dit-il, dans la nuit du 3 au 4 juin, par la piqûre d'insectes dont il nous présente d'ailleurs trois échantillons, l'un desséché et plat, les deux autres vivants et gorgés de sang.

Toute la région du coude gauche est le siège d'un gonflement œdémateux et d'une rougeur diffuse, d'aspect phlegmoneux, descendant jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras, remontant jusqu'à la région deltoïdienne et à l'aisselle. Le bras est très augmenté de volume, et sa circonférence mesure, au-dessus comme au-dessous du pli du coude, 5 centimètres de plus que du côté sain.

Les limites de cet œdème inflammatoire sont assez nettes, mais ne présentent pas de bourrelet érysipélateux ; quelques traînées lymphangitiques remontent jusque dans l'aisselle.

La peau est œdémateuse, dure, tendue, douloureuse spontanément

et surtout à la pression ; l'élévation de la température locale est des plus marquées.

Sur le fond rouge on aperçoit, se détachant en plus pâle, dans la région du coude et à la partie postéro-supérieure du bras, quatre papules de la dimension d'une pièce de 50 centimes, dont le sommet a été excorié par le grattage.

Les ganglions de l'aisselle sont indemnes.

La douleur est vive : cuisson, élancements, prurit intense, presque insupportable. L'avant-bras est immobilisé en demi-flexion ; tous les mouvements sont douloureux.

L'état général est bon. Mais le malade prétend avoir eu une céphalée assez vive et des courbatures pendant la journée qui a suivi les piqures.

Il n'y a pas trace d'urticaire, ni d'autre éruption en aucun point du corps. Le malade n'a jamais présenté d'éruption ortiée, pas plus parasitaire qu'alimentaire. Il ne présente pas de dermatographe.

Déjà il y a 12 jours, L... était venu à la consultation de Saint-Louis pour une lésion de la main et de l'avant-bras droits, analogue à celle qu'il présente aujourd'hui au bras gauche ; il nous montre les traces des piqures, persistant sous forme de papules dures et saillantes ; il y a même encore un peu d'œdème et de rougeur de la face dorsale de la main. Le diagnostic n'avait pas été fait et lui-même ne soupçonnait pas alors la présence de parasites. Antérieurement encore, en août 1905, il avait été piqué au cou : les lésions avaient le même aspect phlegmoneux et s'accompagnaient des mêmes douleurs.

Nous examinons l'« insecte » incriminé. Il a la forme d'un petit bouclier ovoïde, long de 7 millimètres, large de 4 millimètres ; de couleur gris brun, il est bordé par un petit ourlet plus clair, jaunâtre, légèrement saillant. A la face ventrale, on aperçoit un petit rostre et les 8 pattes caractéristiques des Arachnides. Il s'agit évidemment d'un Acarien, et, songeant à l'Argas, nous demandons au malade s'il loge près d'un colombier ; il nous apprend alors qu'il couche dans le pigeonnier même du café où il sert, pigeonnier abandonné depuis 4 ans, transformé en chambre d'habitation l'an dernier et encore infesté par les Argas, comme cela se voit fréquemment.

Nous devons à la complaisance de M. le Dr Brumpt, préparateur de M. le Prof^r R. Blanchard, la détermination exacte du parasite :

Argas reflexus, Latreille 1793, connu encore sous le nom d'*Argas marginatus*. C'est cette espèce qu'on rencontre le plus habituellement en Europe.

Les méfaits de ces Argas sont depuis longtemps connus en ce qui concerne leur parasitisme normal chez les pigeons.

Quelques rares observations signalent les accidents qu'ils déterminent en s'attaquant à l'homme, soit que celui-ci couche dans un pigeonnier abandonné, soit plutôt que les Argas, s'insinuant dans les interstices des murs, viennent infester les logements voisins.

Boschulte, Taschenberg, Chatelin et Laboulbène, Alt, Terrenzi, en ont rapporté des exemples, qui sont consignés dans la thèse de Gibert (1), avec l'auto-observation de cet auteur.

La piqûre des Argas détermine des accidents locaux toujours douloureux : le prurit est intense, avec sensation de brûlure locale et élancements dans la région atteinte.

L'éruption toxidermique qui l'accompagne peut être érythémateuse, papuleuse, vésiculeuse, urticarienne surtout, pouvant revêtir l'aspect de l'urticaire géante. Le plus souvent elle se localise à la région piquée, mais elle peut aussi, suivant la susceptibilité individuelle, se généraliser à toute la surface du corps. Ces accidents relèvent à n'en pas douter de l'inoculation d'un venin, dont l'action se fait sentir différemment suivant les réactions dermiques et nerveuses individuelles.

Les complications pseudo-phlegmoneuses avec œdème inflammatoire, les lymphangites, les adénites, les phlegmons, dont on a parfois signalé l'apparition à la suite des piqûres d'Argas, paraissent être plutôt le résultat de l'inoculation mécanique de microbes septiques par le rostre de l'animal ; ils apparaîtraient surtout lorsqu'on arrache violemment l'Argas au cours de la succion et qu'on laisse ainsi son rostre dans la plaie.

D'ailleurs les Argas ne sont pas seulement des agents de toxidermites artificielles ou d'accidents septiques. On sait aujourd'hui qu'ils sont susceptibles de jouer un rôle dans la dissémination de quelques maladies infectieuses. Ce rôle est démontré pour les Argas exotiques ; et si Brumpt (2) a prouvé qu'il ne fallait nullement incriminer certaines espèces africaines dans la transmission du paludisme, Dutton (3), par contre, vient de mettre en lumière tout récemment que la Tick-fever d'Afrique, due à un spirochète probablement identique au spirochète d'Obermeyer de la Récurrente d'Europe, était inoculée à l'homme par un acarien du groupe des Argas, l'*Ornithodoros moubata*. Cette inoculation ne serait pas le résultat d'une simple action mécanique, mais d'un phénomène plus complexe, d'ordre biologique,

(1) GIBERT. L'Argas reflexus et son parasitisme chez l'homme. *Thèse*, Bordeaux, 1896.

(2) E. BRUMPT. Sur l'action pathogène des piqûres d'Argas. *Archives de Parasitologie*, IV, n° 4, p. 578, 1901.

(3) J. E. DUTTON et J. G. TODD. The nature of human tick-fever in the eastern part of the Congo free state. In report Liverpool, VI, 2 p. III, 128, 1906.

l'Argas jouant dans la transmission de cette affection le même rôle que les Anophèles dans la transmission du paludisme.

La transmission de la fièvre récurrente d'Europe par des Argas apparaît dès lors comme une hypothèse possible et intéressante, et, dans tous les cas où l'on constatera des accidents généraux à la suite des piqûres d'Argas, la recherche du spirochète d'Obermeyer s'imposera, dans le sang et dans la sérosité des vésicules et de l'œdème.

Nous avons pratiqué cette recherche chez notre malade, bien qu'il ne présentât pas de phénomènes généraux : elle a été négative, comme nous nous y attendions. L'examen du sang nous a révélé une éosinophilie très nette (10 à 12 p. 100). Constatons seulement cette coïncidence d'une éosinophilie avec des accidents causés par un acarien venimeux, sans chercher à en tirer aucune déduction, le sang du malade n'ayant été examiné ni avant les piqûres, ni après la cessation des accidents.

Revu trois jours plus tard, le malade présentait une sédation marquée de tous les phénomènes locaux ; cependant l'œdème était encore très étendu, la rougeur assez vive et les piqûres persistaient sous forme de papules dures et douloureuses à la pression.

Phlébite syphilitique ilio-crurale double.

Par M. AUDRY.

On sait maintenant que les phlébites syphilitiques sont assez fréquentes. Mais les observations où il s'agit de lésions des grosses veines profondes sont encore rares. J'en ai publié ici même un exemple (veine poplitée). En voici une autre, plus remarquable, parce que l'altération frappa les veines ilio-crurales, et se traduisit par une double phlegmatia alba dolens. Dans ce cas, la phlébite se produisit à une période relativement ancienne de la maladie. Malgré son importance, elle guérit aussi facilement, toutes proportions gardées, que les autres localisations veineuses de même nature.

M^{me} X..., âgée de 25 ans, a pris la syphilis de son mari, il y a 3 ans. Au début, pendant les 12 premiers mois, la maladie fut traitée et évolua normalement. Puis le traitement ne fut suivi qu'irrégulièrement. Il y a 2 ans, poussée de lithiase rénale.

En décembre 1905, je la revois anémiée, pâlie, se plaignant de douleurs ; elle présente sur la crête du tibia droit une exostose récente, volumineuse et douloureuse. Ces accidents guérissent par une cure de 30 frictions d'onguent napolitain et 7 à 8 grammes quotidiens de KI. Pas d'albumine. J'envoie la malade se reposer à la campagne. Le 18 février, au retour d'une course en

bicyclette, elle s'aperçoit qu'elle ne peut pas fléchir la cuisse gauche. Dans la nuit, en allant à la selle, elle réussit à la plier, « en entendant un craquement ». Pas d'autres accidents jusqu'au 25 du même mois, mais dans la nuit de ce jour, douleur vive et brusque dans la cuisse et l'aîne gauche. Aussitôt, le membre inférieur se gonfle, devient bleuâtre. L'œdème va du cou-de-pied au pli inguinal. Le 26, on reprend le traitement mixte.

Je vois la malade le 1^{er} mars ; œdème livide de tout le membre inférieur ; quelques dilatations veineuses superficielles (la malade n'a point eu de grossesses) ; vive sensibilité au niveau du tiers inférieur de la veine fémorale ; cette sensibilité devient une douleur au niveau du triangle de Scarpa et de l'anneau crural, et aussi dans la partie inférieure de la fosse iliaque. Au toucher, on ne perçoit pas de cordon. Point de fièvre ; la langue est bonne.

Le jour, la malade ne souffre pas ; mais les nuits sont pénibles.

Repos au lit, frictions Hg. (la malade refuse toute injection), KI.

Le 15 mars, amélioration considérable ; l'œdème a diminué ; la couleur livide a presque complètement disparu ; il y a moins de douleurs ; les mouvements du membre deviennent assez faciles.

Le 22 mars, le membre inférieur gauche va très bien, sauf encore un peu d'œdème ; mais l'avant-veille, la malade a ressenti brusquement une vive douleur dans la région ilio-inguinale droite ; aussitôt après, œdème diffus de la totalité du membre, prononcé surtout à la cuisse et à la jambe ; coloration livide. Au toucher, vive sensibilité dans le trajet de l'iliaque droite et de la veine crurale. Pas de cordon. Quelques douleurs spontanées vives, mais passagères ; impotence du membre. Apyrexie.

Continuation du traitement.

Le 1^{er} avril, état légèrement amélioré.

Le 7 avril, progrès considérables ; moins de douleurs ; lividité disparue ; œdème diminué.

Le 15 avril, on suspend les frictions.

Le 20 avril, les douleurs ont complètement disparu. L'œdème est nul, sauf quand la malade se lève pour faire quelques pas (œdème du pied). État général excellent. On suspend KI. On reprendra Hg. dans quelques jours.

Pour le moment, on peut considérer la phlébite comme guérie.

20 mai. La malade reste guérie, sauf un peu d'œdème des pieds après la marche.

Chéloïdes d'origine bromopotassique : action de la fibrolysine.

Par MM. CONSTANTIN et BOYREAU.

Voici une observation intéressante d'abord par les dimensions des lésions qu'on y a observées, par leur étiologie tout à fait exceptionnelle et enfin par les renseignements histologiques qu'elle nous a donnés relativement à la structure du tissu chéloïdien et aux modifications que lui apporte l'action de la fibrolysine.

Rouanet, François, 40 ans, boulanger, entre le 22 mars 1906 à la Clinique des maladies cutanées de l'Université de Toulouse, salle Saint-Victor, 4.

Père mort à 32 ans, de fièvre typhoïde; mère, 67 ans, bonne santé habituelle.

Pas de maladies dans son enfance.

A 4 ans, perte de l'œil droit par coup de couteau. Incontinence nocturne d'urines assez fréquente jusqu'à l'âge de 5 ou 6 ans.

A 17 ans, le malade commence à faire quelques excès de boissons (absinthe surtout).

A 18 ans, blennorrhagie ayant laissé une urétrite rebelle qui se réveille de temps à autre.

Vers l'âge de 12 ou 13 ans, il aurait eu des crises nerveuses, de nature probablement épileptique et qui n'auraient pas tardé à disparaître. Mais ces accidents se manifestent à nouveau, à 19 ans, à la suite d'excès alcooliques. Nocturnes, ces crises s'accompagnaient de morsure de la langue, d'inconscience absolue, mais non d'émission d'urines. Elles étaient précédées la veille au soir d'énervement et d'insomnie jusqu'à une heure très tardive. Elles laissaient, le matin, au réveil, un état d'hébétude et d'abattement très marqués. Elles se répétaient environ tous les trois mois; dans leur intervalle, dans la journée, et survenant à des moments plus ou moins espacés, le malade était pris d'accès de céphalée gravative, occupant le sommet du crâne, d'une durée moyenne d'une heure, avec idées obsédantes ordinairement érotiques.

A 22 ans, accès palustres d'un mois, traités par la quinine. Nouveaux accès à 26 ans, pendant deux mois.

Depuis cet âge, il n'y a rien à signaler dans le passé pathologique du malade.

En janvier 1905, à la suite d'une crise analogue à celles décrites, il présente des phénomènes parétiques du côté du membre supérieur droit, de durée éphémère. Soumis à une médication bromurée, il voit apparaître, quelques jours après, une éruption furonculaire dans la région trochantérienne et aux fesses. Cette éruption dura avec des poussées et des rémissions pendant six mois: lorsqu'elle se fut éteinte, le malade vit se former les cicatrices qui existent actuellement.

État actuel. — Malade en bon état général, présentant quelques nævi sur le corps et une cicatrice suspecte sur le fourreau de la verge. Localement, on constate, d'abord dans la région sacrée, s'étendant à peu près symétriquement des deux côtés de la ligne médiane, une surface surélevée, rouge clair sur les parties périphériques, légèrement déprimée et pâlie au centre où elle a un aspect franchement cicatriciel, lisse partout ailleurs et de couleur foncée, accidentée par endroits de petits sillons à direction radiale; ces sillons deviennent très nombreux sur les bords de la tumeur d'où s'échappent vers la surface cutanée environnante, à la façon de pattes, des prolongements plus ou moins accusés. Le placard est saillant; il s'étend sur les deux fesses, occupant dans l'ensemble une largeur de 20 centimètres environ, et atteignant une hauteur de 10 centimètres. Il se prolonge en bas vers le pli interfessier qu'il distend et efface dans sa partie toute postérieure. Ferme, fibreuse, siège d'un léger prurit intermittent, la tumeur est indolore.

Un peu au-dessus et à droite de la surface précédemment décrite, existe une surface cicatricielle ayant au centre une chéloïde.

Il en existe une autre, peu étendue, offrant les mêmes caractères physiques que le grand placard signalé plus haut, dans la région trochantérienne droite. Dans la région trochantérienne gauche, on observe également une tumeur analogue, de 3 × 5 centimètres environ, à surface un peu plus tourmentée, présentant, par endroits, l'aspect d'un tourbillon brusquement figé ; ses bords envoient sur la peau d'alentour des prolongement effilés et allongés qui semblent tirer à la fois sur la peau qui se fronce et sur la tumeur. A côté et un peu en arrière, deux tumeurs identiques, plus petites. On ne constate rien par ailleurs.

24 mars. — Extirpation de l'une des deux petites chéloïdes gauches.

27 mars. — Injection de 2 centimètres cubes de fibrolysine dans la grande chéloïde de la région trochantérienne gauche.

28 mars. — Id.

29 mars. — Id. La chéloïde semble un peu gonflée.

30 mars. — Id.

2 avril. — Id. Apparition de quelques éléments érythémateux autour des chéloïdes, manifestement enflammées, rendues plus rouges encore et peut-être chaudes.

3 avril. — Accentuation des phénomènes réactionnels. La zone marginale pâle que l'on observait en particulier sur la partie gauche du pourtour de la grande chéloïde est passée au rose. La chéloïde trochantérienne gauche est rouge et tuméfiée à un degré plus accusé que les autres.

4 avril. — Les injections de fibrolysine (de 2 centimètres cubes) sont faites tous les deux jours, sous-cutanées, au pourtour des tumeurs, ou bien intra-chéloïdiennes. Augmentation des phénomènes inflammatoires. Ces chéloïdes ne deviennent point douloureuses, mais le prurit dont elles étaient le siège est plus marqué.

5 avril. — Les chéloïdes sont franchement chaudes et ramollies.

9 avril. — Mêmes modifications. Biopsie.

18 avril. — Les tumeurs ont pâli ; le ramollissement que l'on commençait à observer depuis quelques jours n'a pas augmenté sensiblement mais permet de plisser légèrement la peau au-dessus des chéloïdes.

20 avril. — État stationnaire. Les chéloïdes apparaissent un peu comme flétries. Le malade ne se plaint d'aucune douleur locale ; il affirme que, le soir, elles sont plus sensibles et il a alors la sensation qu'elles ont grossi.

24 avril. — Les chéloïdes redeviennent rouges comme autrefois.

26 avril. — Les tumeurs paraissent reprendre leur ancien aspect ou du moins ne subir aucune modification importante. La chéloïde extirpée a récidivé.

28 avril. — Les modifications dues à la fibrolysine ont disparu sans laisser de traces manifestes. On envoie le malade à la radiothérapie. Suppression des piqures.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Deux fragments ont été prélevés au centre même de la tumeur, le premier avant tout traitement ; le second, après une série de dix-huit injections de fibrolysine à la périphérie ou à l'intérieur des lésions ; ces fragments ont été traités de façon identique, fixés par le mélange d'alcool

acéto-formique de Morel et Dalous, inclus dans la paraffine, colorés par l'hématéine van Gieson, — bleu polychrome, — fuchsine résorcine de Weigert, — orcéine acide.

Premier fragment. — La tumeur est constituée par d'épais faisceaux connectifs orientés parallèlement à la surface de la peau, formés de fibres très faiblement ondulées, serrées les unes contre les autres, et de cellules conjonctives. Ce tissu conjonctif ne présente pas de modifications histochimiques appréciables; ses réactions colorantes sont sensiblement normales. Par contre, on ne trouve pas d'éléments élastiques au sein de ce tissu. La tumeur est peu vasculaire et les quelques vaisseaux que l'on y rencontre sont largement béants quoique ne contenant pas de sang et leur endothélium a proliféré. La masse chéloïdienne est recouverte par un épiderme bas, ne présentant pas d'altération. Il est séparé de la tumeur par un derme offrant les particularités suivantes : les papilles sont conservées mais elles sont très diminuées en hauteur et en largeur; la charpente conjonctive élastique du derme est dense et serrée à mesure que l'on avance vers la limite du tissu néoplasique; cette condensation du tissu conjonctif s'accroît en même temps que le réseau élastique devient plus rare; tous les vaisseaux du derme sont béants quoique vides.

Second fragment. — La structure générale de la pièce est très analogue et nous n'y reviendrons pas. Nous nous bornerons à signaler les modifications survenues sous l'influence du traitement. Ces modifications portent sur les vaisseaux et sur le tissu conjonctif :

1° Du côté des vaisseaux du derme, on note une prolifération plus marquée de l'endothélium, de la congestion en certains points, et surtout, autour de ceux-ci, un infiltrat assez abondant de cellules blanches diapédésées, disposées sous forme de manchons périvasculaires.

2° Le tissu conjonctif est le siège d'un œdème généralisé notable, surtout marqué dans le derme.

Quant à la structure de la tumeur elle-même, elle diffère sensiblement de ce qu'elle était dans le premier examen : ses faisceaux conjonctifs sont gonflés et comme soudés les uns aux autres; en certains endroits, ils ont perdu leur aspect fibrillaire et paraissent formés par une matière amorphe se colorant plus faiblement, quoiqu'avec élection, par les réactifs du tissu conjonctif. On ne trouve pas autour des vaisseaux de la tumeur des traces de diapédèse aussi marquées que dans le derme.

En résumé, chéloïdes multiples, dont une énorme, développée très probablement sur des lésions causées par le bromure de potassium. On sait que ces éruptions peuvent laisser après elles des lésions difformes; mais on n'en a guère signalé d'aussi considérables. Il n'est pas possible de savoir exactement ce qu'était initialement le placard auquel a succédé la grosse chéloïde de la région sacrée : ulcération ou simple acné.

En ce qui touche la structure du néoplasme chéloïdien, on voit que la masse est constituée par du véritable tissu conjonctif adulte et non, à proprement parler, par du fibrome : une telle disposition

permet de comprendre pourquoi et comment les modifications physiologiques et anatomiques engendrées dans la tumeur par l'action de la fibrolysine n'ont pas abouti à des résultats réellement efficaces. Il semble que la fibrolysine donnera des résultats d'autant plus avantageux que les lésions traitées seront plus récentes et ainsi plus éloignées de la terminaison de leur évolution.

Le Secrétaire,

P. DÉHU.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1906

Présidence de M. H. Hallopeau.

SOMMAIRE. — Allocution du Président à propos de la mort du Dr Barthélemy. — Quelques altérations de la peau sous l'influence de la diathèse goutteuse, par M. POSPELOW (PLANCHES II, III et IV). — Chancelle indurée avec déhiscence linéaire du ganglion suppuré correspondant, par M. DANLOS. (Discussion : MM. CRÉQUY, LENGLET.) — Folliculites chancelleuses de la vulve, par MM. DANLOS et PATHAUT. (Discussion : M. DARIER.) — Tuberculose vulvaire et leucoplasie, par MM. DANLOS et PATHAUT. — Note histologique sur le cas précédent, par M. GASTOU. — Verrues planes juvéniles guéries par les rayons X, par M. DANLOS. (Discussion : MM. BROCCO, NOIRÉ, DANLOS, BAUDOUIN, PAUTRIER, LENGLET.) — Lupus avec lymphangiectasies et lymphorrhagies, par MM. BALZER et POISOT. — Érythème iodique tardif, par M. MOTY. — Tuberculose cutanée. Extirpation, greffe italienne, par M. MORESTIN. — Deux cas de cancer étendu de la langue sans récurrence une année après l'ablation chirurgicale, par M. MORESTIN. — Sur un état papillomateux du cuir chevelu (forme morbide nouvelle), par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. BROCCO, HALLOPEAU.) — Sur un cas de syphilis fraterne avec prolifération secondaire au pourtour des accidents primitifs, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. — Sur l'atténuation de la virulence du bacille de Koch chez les lupiques, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. — Sur une arthropathie psoriasique aiguë blennorrhagiforme (variété nouvelle), par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. — Nouvelle poussée de nodules érythémateux chez une lèpreuse, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. (Discussion : MM. JEANSELME, MOTY, DARIER, HALLOPEAU.) — Sur un mycosis fongioïde à forme ulcéreuse et serpigneuse, par MM. GAUCHER et HALLOPEAU. (Discussion : MM. GAUCHER, HALLOPEAU, MORESTIN, BALZER, BROCCO.) — Lichen plan à grande extension de la peau et des muqueuses avec poussées multiples érythémateuses et œdémateuses, par MM. NICOLAS et FAYRE. — Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichthyose bulleuse par MM. NICOLAS et FAYRE. — Cyanose douloureuse intermittente d'un gros orteil, d'origine syphilitique, par MM. AUDRY et BOYREAU. — Epididymite blennorrhagique suppurée; funiculite phlegmoneuse avec vaste abcès du canal inguinal, par MM. AUDRY et BOYREAU. — Élections.

Allocution du Président à propos de la mort du Dr Barthélemy.

Notre Société est de nouveau cruellement frappée : notre éminent et cher collègue Barthélemy vient de nous être enlevé après une lutte de plusieurs mois contre une inexorable maladie ; c'est avec une peine profonde que nous voyons disparaître ce collègue aimé de nous tous. Membre fondateur de notre Société, il était des plus assidus à nos séances et il y prenait la parole, avec l'autorité que lui donnait sa grande expérience, chaque fois qu'une discussion relative à la

vénéréologie venait à s'élever. C'est à juste titre que vous l'aviez nommé en avril dernier membre de notre Comité de direction, et la lettre de remerciements qu'il nous a adressée à ce sujet nous a fourni le témoignage que cette élection lui avait causé une vive satisfaction. Il appartiendra à notre Secrétaire général de nous retracer dans son ensemble sa carrière de syphiligraphe et de nous rappeler ce qu'a été l'homme, ce qu'a été le savant. J'ai voulu seulement aujourd'hui exprimer la profonde affliction que nous cause sa mort si prématurée, et dire que nous nous associons de tout cœur à la douleur de notre Président pour qui la perte de son élève affectonné est un deuil personnel.

Quelques altérations de la peau sous l'influence de la diathèse goutteuse.

Par M. POSPÉLOW (1).

(Planches II, III et IV.)

Les téguments généraux du corps humain sont si intimement liés à l'organisme tout entier que, souvent, leur état morbide sert d'indice de quelque désordre dans les organes intérieurs. Ainsi, la coloration ictérique de la peau nous fait tout de suite penser à une affection du canal intestinal, du foie ou à une altération de l'hématopoïèse, la maladie d'Addison à une lésion des glandes surréniales, le myxœdème à celle du corps thyroïde, l'érythromélalgie à celle des cornes postérieures de la moelle épinière, etc.

L'abaissement des échanges des matériaux de l'organisme et la diathèse urique causent des altérations cutanées si caractéristiques qu'un coup d'œil suffit pour faire soupçonner qu'un tel malade est atteint de goutte. Nous n'énumérerons pas ici toutes les éruptions qu'on peut rencontrer chez les goutteux et qu'on considère à tort comme des « éruptions goutteuses » ; nous ne parlerons que des altérations de la peau qui ont une relation directe avec la diathèse urique et ne se rencontrent dans aucune autre maladie. Comme l'avaient déjà signalé d'abord GARROT, et dans la suite IDELER, TOLD, FOURERY, WOLLASTON, EBSTEIN et PFEIFFER, MINKOWSKI, GRAVES, LECORCHÉ, EICHHORST et d'autres, la diathèse urique est souvent accompagnée de la formation de *tophi* dans le tissu cellulaire sous-cutané, surtout dans l'hélix et l'anthélix. D'après GARROT, ces *tophi* sont quelquefois l'unique symptôme de la diathèse urique. Les *tophi*, de la grandeur d'une tête d'épingle à celle d'un petit pois, mamelonnés, durs ou pâteux au toucher, sont entourés d'un halo formé de vaisseaux sanguins dilatés. Si on les perce ou si l'on y fait une

(1) A. POSPÉLOW. *Traité de Dermatologie*, 1905, p. 553, Moscou (en russe).

incision, on peut en exprimer une masse, tantôt molle, tantôt très dure, composée d'une multitude de cristaux en aiguilles prismatiques microscopiques ou d'amas d'urate de soude amorphe.

Outre l'oreille externe, les ailes des narines et le tissu cellulaire sous-cutané d'autres parties du corps peuvent être également affectés de ces tophi.

Les dépôts d'urate de soude se forment quelquefois très rapidement, comme l'a déjà signalé GARROT, dans le courant de 8-10 jours, pendant ou après les accès de goutte, après quoi la peau qui les recouvre s'enflamme ou se gangrène, et les tophi s'en échappent. GRAVES a observé la formation de tels tophi dans 16 cas, chez 37 malades atteints de goutte; LÉCORCHÉ dans un cinquième de tous les cas.

Indépendamment de ces tophi, nous avons eu l'occasion d'observer dans ces années dernières une *forme maculeuse* particulière de l'altération des téguments chez les gouteux, que j'ai décrite dans mon Traité de dermatologie. Cette forme de dermatose gouteuse se présente sous deux aspects. Dans l'une, on voit apparaître de petites taches pigmentaires couleur de rouille, de forme irrégulière, semblables à des éphélides, quelquefois arborescentes ou s'étalant plus ou moins et ne disparaissant pas à la pression des doigts. L'apparition de ces macules n'est accompagnée d'aucune sensation subjective, de sorte que les malades ne s'en aperçoivent souvent même pas et n'en sont informés que par leur médecin. C'est, à notre avis, la *première forme* de la dermatose maculeuse de la goutte. Ces taches se localisent surtout aux extrémités inférieures et de préférence aux jambes et aux chevilles (Voir Pl. II). A mesure que les accès de goutte deviennent plus forts, là où les taches roussâtres qui accompagnaient les accès précédents n'ont pas encore disparu, on peut voir apparaître des taches pointillées, bleu violacé ou violet foncé qui ne s'effacent pas non plus à la pression des doigts. Souvent elles suivent le trajet des petites veines de la peau, deviennent également arborescentes, s'étalant peu à peu; elles sont accompagnées d'infiltrations et d'œdème de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané et deviennent douloureuses à la pression. L'apparition de ces macules est accompagnée d'une élévation locale de la température. La transsudation hémorragique des vaisseaux sanguins, qui est la cause de ces taches, s'accumule quelquefois sous l'épiderme; celui-ci se trouvant macéré, la couche cornée est enlevée par le frottement du linge et des habits, et il se forme des érosions nacréées, à bords irrégulièrement corrodés. Telle est la *deuxième forme* de la dermatose gouteuse (Voir Pl. III) (1).

Si le processus pathologique ne s'arrête pas là, soit spontanément,

(1) Les dessins ont été exécutés par le moulagiste S. FIVESKY, d'après les moulages du musée de la clinique dermatologique de l'Université de Moscou.

soit à la suite d'un traitement approprié, l'infiltration oedémateuse de la peau et du tissu cellulaire ainsi que la fièvre augmentent, la peau des jambes rougit au point de prendre une teinte brunâtre; elle se tend, devient luisante, et l'œdème énorme des extrémités, surtout des jambes, rappelle l'éléphantiasis des Arabes. A mesure que les accès de goutte s'aggravent, la peau s'ulcère superficiellement ou bien se gangrène dans certains endroits. C'est la *troisième forme* des altérations cutanées dans la diathèse urique que nous avons décrite (Voir Pl. IV).

Quant à l'*anatomie pathologique*, la biopsie pratiquée aux jambes de deux malades atteints indubitablement de goutte, nous fit reconnaître que la couleur roussâtre et bleu violacé de la peau était due tant à une agglomération de petits amas de pigment hémétique autour des vaisseaux sanguins, qu'à l'infiltration d'un exsudat sanguin dans la peau et le tissu cellulaire. Dans ces endroits, il se forme en même temps des concrétions d'*urate de soude* amorphe et des cristaux d'*acide urique* que l'on distingue le mieux au microscope à la lumière polarisée, comme l'ont signalé Ebstein, Oustinoï et Wermel.

Diagnose. — L'absence de varices ou bien une dilatation insignifiante des veines chez les gouteux obligés de travailler debout, des accès aigus de goutte, la disparition relativement rapide des infiltrations de la peau, les érosions cutanées, l'augmentation de l'acide urique dans l'urine pendant les accès de goutte, tous ces symptômes caractérisent suffisamment la dermatose et la distinguent des varices venarum. L'absence des lésions caractéristiques des gencives, des muscles, etc., distingue ces altérations goutteuses du scorbut. En cas de besoin, la biopsie, l'examen histologique de la peau malade par rapport au pigment sanguin, les amas d'urate de soude amorphe et les cristaux d'acide urique, en même temps que la constitution chimique particulière de l'urine, tous ces indices forment une base suffisante pour la diagnose de la dermatose goutteuse.

Le *traitement* de la peau se réduit au traitement général du malade tant pendant les accès qu'en dehors. Aux époques qui suivent les accès, l'attention devra se porter surtout sur le choix des aliments. On réduira la quantité des hydrocarbures, des graisses, des viandes noires (bœuf), des hors-d'œuvre, de l'alcool, et on augmentera celle des fruits (pommes, prunes, compotes) et des légumes (carottes, raves, betteraves) dans l'ordinaire.

On recommandera les eaux gazeuses pour la table, les promenades au grand air tous les jours, la gymnastique, les bains d'air et de soleil, les bains d'eau tiède de 27° R. Intérieurement on fera prendre le sidonal. S. piperazine chinia de 2,0-8,0 par jour, l'urotropine, 0,3-1,0, 2-3 par jour; on recommandera le régime lacté, le lait caillé avant le sommeil, les eaux alcalines de Vichy, Contrexéville, Vals,

Fachingen, Essentouckyn° 17, Borjaume (source Catherine), Vittel, etc. Pendant les accès de goutte, on peut faire appliquer localement des compresses d'acide borique 3 p. 100 *cum aqua plumbi* $\bar{m}$, et après la guérison des ulcérations superficielles et érosions on conseillera un léger massage, des exercices dans la matinée, en gardant le lit le moins possible, de légers purgatifs, tels que l'eau de la source de Bataline (Caucase), un verre par jour à jeun, le sel de Carlsbad, le citrate de magnésie, etc.

Chancrelle indurée avec déhiscence linéaire du ganglion suppuré correspondant.

Par M. DANLOS.

Malade syphilitique depuis 7 à 8 mois, traité antérieurement dans le service pour un chancre induré et des accidents secondaires.

Au moment de sa réadmission il présentait une roséole de retour (anneaux), une ulcération de la verge et un bubon suppuré de l'aîne gauche.

L'ulcération de la verge occupait tout le bord gauche de l'orifice préputial, elle était *très fortement* indurée et, sans la connaissance que nous avions des antécédents du sujet, aurait pu être prise pour un accident primitif. Ce ne pouvait être qu'une chancrelle ou une syphilide secondaire. L'abondance de la sécrétion, la profondeur, l'adénite plaidaient en faveur de la première opinion. Une inoculation positive au bras, et la constatation du bacille de Ducrey prouvèrent qu'elle était fondée. L'induration pseudo-chancreuse relevait peut-être un peu du contact de l'urine, mais principalement du terrain syphilitique. C'est un fait d'observation commune, bien que peu connu, que l'induration des ulcérations chez les syphilitiques surtout récents.

Le bubon, dans le pus duquel il n'existait pas de Ducrey, s'était ouvert transversalement dans l'étendue de 2 centimètres, sous forme d'une fente linéaire que l'on aurait supposée faite au bistouri. En réalité, l'ouverture était spontanée mais s'était produite dans des conditions spéciales. Douze ans auparavant le malade avait eu au même point une adénite suppurée d'origine chancrelleuse, ouverte dans l'étendue de 2 centimètres par un médecin. A l'occasion du nouveau chancre, nouvel abcès; et la cicatrice avait cédé dans toute son étendue comme un point faible; d'où l'apparence trompeuse de l'ouverture.

M. CRÉQUY. — Il est bon de faire l'incision dans le sens perpendiculaire au pli de l'aîne.

En incisant parallèlement on est exposé à tous les accidents dus à la traction et au recroquevillement des bords de l'incision.

M. LENGLET. — Il est prudent de ne pas inciser largement un bubon chancrelleux, la plaie qui résulte d'une telle incision est longue à cicatriser, elle résiste mal à l'infection chancrelleuse et son pouvoir de réparation est médiocre.

- Le procédé le plus approprié est la simple ponction du bubon. Il suffit que

la dimension de l'ouverture soit suffisante pour éliminer le pus et pour introduire les topiques modificateurs.

Folliculites chancrelleuses de la vulve.

Par MM. DANLOS et PATHAUT.

Femme de 63 ans, sans antécédents syphilitiques, sans maladies antérieures. 8 à 13 jours après un double rapport, sensation de brûlure aux parties génitales et à l'anus, suivie du développement de boutons. Au moment de l'admission le mal existait depuis une dizaine de jours et l'on constatait l'état suivant :

Les deux grandes lèvres dans toute l'étendue de leur face cutanée étaient surmontées d'environ 25 à 30 saillies coniques, à sommet obtus perforé en son milieu comme à l'emporte-pièce par une ulcération putéiforme. La palpation peu douloureuse ne donnait qu'une gouttelette de pus insignifiante. Nous crûmes pendant 2 ou 3 jours à de simples folliculites suppurées ; mais bientôt le tableau changea. Le pertuis surmontant les petites saillies s'agrandissait chaque jour et permit la pénétration d'un stylet, montrant qu'il conduisait dans une cavité en forme de gourde dont l'orifice représentait le goulot. En présence de cette évolution nous rejetâmes le premier diagnostic pour celui de chancres d'origine folliculaire.

Ce diagnostic, rendu probable par la marche du mal, l'abondance de la suppuration, le décollement des bords et par un chancre mou très net développé sur la face muqueuse d'une hémorroïde, fut confirmé par l'inoculation, qui donna dès les premières 36 heures une pustule à évolution caractéristique, et par l'examen microscopique (Gastou) qui montra du Ducrey en grande abondance.

La pièce moulée figure au Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le n° 2494.

M. DARIER. — Dans certains cas les folliculites chancrelleuses sont si petites qu'on éprouve de réelles difficultés de diagnostic. La folliculite est alors très comparable, au moment où elle se produit, à la minuscule pustulette du chancre d'inoculation au second jour de son évolution.

Tuberculose vulvaire et leucoplasie.

Par MM. DANLOS et PATHAUT.

La malade, âgée actuellement de 53 ans, est entrée pour la première fois en 1893 dans le service de l'un de nous. Elle présentait alors à la vulve une affection ulcéreuse dont le début remontait à une quinzaine d'années environ, mais n'avait fait que des progrès très lents. Elle se caractérisait par des ulcérations siégeant sur la grande lèvre gauche et la région clitoridienne. Celle de la grande lèvre reposait sur une saillie non papillomateuse ni leucoplasique de 3 centimètres de hauteur et 1 environ de largeur. Au-dessus du clitoris était une ulcération ovale en forme de lentille allongée, à bords abrupts et surélevés en dehors, en talus du côté de l'ulcération dont le fond était un peu déprimé et de teinte jaunâtre. Il existait, en outre, une tumé-

faction générale œdémateuse du capuchon clitoridien et des petites lèvres. (Voir le moulage n° 1834, Musée de l'hôpital Saint-Louis.)

Un peu par exclusion, un peu en raison de l'évolution du mal et de son indolence, la maladie parut rentrer dans ce que Huguier a décrit sous le nom d'esthiomène. La malade fut opérée par excision et guérie dans le service de M. Nélaton. Avant l'opération un petit fragment fut prélevé et inoculé dans le péritoine à deux cobayes par M. Sicard, alors interne du service. Six mois après, ces cobayes, qui ne furent pas sacrifiés, étaient encore bien portants. (Note de M. Sicard.)

A la suite de l'opération la guérison fut d'abord complète et se maintint telle pendant 5 à 6 ans; puis les parties opérées redevinrent malades, et le mal, toujours indolent, augmenta peu à peu. Aujourd'hui, après 5 ans environ d'existence nouvelle, il se présente sous l'aspect suivant :

La grande lèvre droite, autrefois respectée, est encore intacte dans la presque totalité de son étendue. La grande lèvre gauche est surmontée dans presque toute sa hauteur par un placard ovalaire, à grand axe vertical, saillant d'un millimètre environ, à limites nettes et dont la surface nettement leucoplasique est érodée par places. Sous les taches blanches et dans leur intervalle, rougeur assez vive. Dans la région clitoridienne, l'aspect est très différent. Le capuchon du clitoris, tuméfié, épaissi et légèrement leucoplasique, est hérissé sur sa face externe de très petites saillies papillaires. Sa face interne est lisse et leucoplasique, le clitoris lui-même paraît atrophié. De chaque côté du capuchon, mais surtout à gauche, se voient deux grosses masses papilliformes, rouges, molles, recouvertes d'épiderme blanchâtre adhérent et divisées en plusieurs lobes par des sillons verticaux; ces lobes étant eux-mêmes hérissés de papilles plus petites.

La muqueuse vaginale est absolument respectée, la muqueuse vulvaire l'est elle-même dans ses quatre cinquièmes inférieurs.

A l'anus, bourrelet hémorroïdaire partiellement leucoplasique. (Voir au Musée le moulage n° 2496.)

L'aspect de ces lésions, leur mollesse, la lenteur d'évolution, la maladie antérieure, dont il semble bien que celle d'aujourd'hui n'est que la récidue, joints au développement récent d'une adénopathie tuberculeuse suppurée rétro-mastoidienne, conduisaient au diagnostic de tuberculose vulvaire; mais l'état nettement leucoplasique obligeait à quelques réserves au sujet de l'épithélioma. Pour trancher la difficulté, nous priâmes M. Gastou de faire une biopsie. Celle-ci a confirmé le diagnostic de tuberculose.

On en lira ci-après le détail dans l'intéressante note de M. Gastou.

Note histologique sur le cas précédent.

Par M. GASTOU.

La biopsie faite sur la lésion vulvaire donne les lésions histologiques suivantes :

Les coupes sont constituées par deux parties.

A la bordure, formant la périphérie de la néoplasie, une zone épidermique

très développée, mais sans aucune apparence de lésion épithéliale ou épithéliomateuse.

Il n'y a pas d'altérations épidermiques nettes.

Dans la profondeur toute la masse de la néoplasie est formée d'un tissu très condensé, composé de deux éléments :

1° Un réticulum conjonctif à petites mailles, à fibrilles très fines ;

2° Des amas de cellules lymphoïdes situées dans les espaces limités par le réticulum.

Ces amas se groupent de deux façons différentes :

a) D'une façon diffuse comme dans un tissu lymphoïde ;

b) En amas rappelant des granulations miliaries. Dans ce cas, les amas sont surtout situés autour ou près des vaisseaux.

Il n'y a pas d'autres éléments cellulaires.

On ne trouve pas de cellules géantes typiques.

Dans l'ensemble de ses caractères la lésion n'est ni un épithélioma ni une lésion syphilitique.

Elle a l'aspect des néoplasies lymphoïdes se rapprochant de la structure des sarcoïdes de Boeck et par suite pouvant être assimilée à une tuberculide infiltrée massive.

Verrues planes juvéniles guéries par les rayons X.

Par M. DANLOS.

Il s'agit d'un enfant d'une dizaine d'années dont la figure était criblée de verrues planes qui avaient résisté à plusieurs essais thérapeutiques faits par divers médecins. Des verrues existaient également sur les mains. Étaient-ce également des verrues planes ? le fait est très probable, mais je ne saurais à distance me permettre une affirmation précise.

La guérison a été obtenue en une séance (il y a eu en réalité trois applications, mais sur trois régions différentes, joues et front. Durée de chaque application : 15 minutes. Source : machine Drault, ampoule Müller. — Distance à l'anticathode : 15 centimètres. Radiochronomètre 6 à 7, quantité 5 H faibles) et se maintient depuis. Chose singulière, les verrues des mains, qui n'avaient été soumises à aucune radiation, ont disparu simultanément. La guérison était complète en 15 jours.

Chez un autre enfant un peu plus jeune, le même traitement nous a donné sensiblement, dans le même délai, le même résultat. Ici encore existaient sur les mains des verrues, planes également, qui ont disparu sans traitement en même temps que les autres. Dans ce dernier cas, l'ampoule Müller était actionnée par une bobine de 40 centimètres. (Courant 7 à 8 dixièmes de milliampère. Rayons 8. Distance 15 à 18 centimètres. Durée 4 minutes.)

Deux séances générales sur toute la figure ont été faites à dix jours de distance. Une seule aurait peut-être suffi. Aucune réaction d'ailleurs. Les yeux étaient protégés par des lunettes de plomb lutées au bord avec une pâte au bismuth. Le papier Noiré-Sabouraud virait en 11 à 12 minutes. — La guérison se maintient depuis trois mois.

On remarquera que dans ce dernier cas nos séances n'ont été que de 4 minutes, bien qu'il en fallût 11 à 12 pour faire virer le papier à cinq. Nous l'avons fait parce qu'à plusieurs reprises nous avons eu avec la bobine des radiodermites bien avant le virage du papier Noiré-Sabouraud.

Je publie ces faits sans chercher d'explications; ils montrent que les rayons X sont un excellent et inoffensif moyen de guérir ces petites lésions, qui résistent souvent aux pommades (calomel, acide salicylique, etc.) et contre lesquelles les moyens chirurgicaux ne sont pas sans inconvénient (temps passé, douleur, cicatrices, etc.).

M. BROCCQ. — Le traitement des verrues peut être l'objet de nombreuses controverses. S'il est vrai que la radiothérapie guérit aisément bon nombre de verrues planes ou de verrues vulgaires, il ne l'est pas moins que les doses de rayons qu'il faut employer pour triompher des verrues rendent dangereux le procédé radiothérapique quand il s'agit de verrues des mains. Cette région, la face dorsale de la main en particulier, réagit vivement à des doses qui laissent intacte la peau du visage.

Ces doses de 4 à 6 H, nécessaires pour guérir la verrue, sont la cause fréquente d'ulcères rebelles, d'atrophies, de télangiectasies. Aussi la radiothérapie ne doit-elle être utilisée qu'en dernière analyse et contre des verrues de petite dimension, de faible épaisseur. Les procédés les plus divers viennent d'ailleurs à bout des verrues planes; l'effluve de haute fréquence, l'effluve statique en ont raison. La suggestion suffit chez certains sujets. J'ai pu l'observer moi-même. Dans un cas où les verrues n'étaient pas modifiées par plusieurs séances de haute fréquence, je persuadai à la malade que ses verrues allaient tomber, elle le crut et ses verrues tombèrent dès les jours suivants. Cela ne veut pas dire que tout est suggestion dans l'action des divers procédés employés contre elles.

M. NOME. — Je suis très étonné des radiodermites que M. Danlos ne peut, dit-il, éviter avec notre radiomètre.

Avec ce seul moyen de dosage il est fait, à l'École Lailler, 30 séances de radiothérapie par jour, et depuis un an et demi il n'y a pas eu une seule radiodermite. Il faut donc chercher la cause de tels accidents, chez M. Danlos, non dans l'usage de notre radiomètre mais dans une faute de technique dont il ne se rend pas compte.

M. DANLOS. — Il y a certainement dans le développement de ces radiodermites quelque chose dont je ne me rends pas compte. N'en pouvant trouver la cause, j'ai prié l'ingénieur de la maison GaiFFE de la rechercher lui-même, et il n'a pas été plus heureux que moi.

Peut-être admettons-nous plus facilement que d'autres l'existence des radiodermites.

Pour moi, il y a radiodermite quand il se manifeste, dans les huit à dix jours qui suivent une séance, une rougeur dessinant le contour du cylindre d'application. Or cette rougeur se produit assez souvent après des séances de 5 minutes, le papier n'accusant la teinte limite de 5H qu'après 11 ou 12 minutes.

Ces radiodermites ont toujours été très légères, caractérisées par un peu d'érythème suivi de pigmentation et d'exfoliation épidermiques.

Je ne sais ce qui se serait produit si j'avais laissé mes malades jusqu'à l'apparition de la teinte limite, mais il m'a paru prudent de ne pas le faire. Je me contente pratiquement de savoir que dans les conditions où nous marchons (6 à 9 dixièmes de milliampère ou secondaire, rayons 7 à 8. Distance 15 centimètres. 4 à 4/2 ampères ou primaire. Papier à 7,5) nous n'avons pas, après 5 minutes, de radiodermite sérieuse.

Je répète que dans ces conditions notre papier ne donne la teinte 5 H que vers 11 à 12 minutes.

Il est singulier aussi que nous n'ayons de mécompte qu'avec la bobine; car avec la machine statique et des ampoules de même origine, nous pouvons, sans crainte de radiodermite, attendre que le papier ait pris la teinte limite, ce qui nous demande en moyenne 15 minutes.

Je m'étais demandé aussi si l'érythème ne pouvait pas dépendre de la lumière ou de la chaleur dégagées par l'anticathode; mais les ampoules ne chauffent pas assez et l'érythème ne survient qu'après plusieurs jours, de sorte que je n'ai pas l'explication de cette différence.

M. BAUDOUIN. — Quelle conclusion thérapeutique M. Brocq tire-t-il de son expérience ?

M. BROCC. — A la face, je crois qu'il faudrait d'abord essayer l'effluve de haute fréquence et ensuite la radiothérapie. Aux mains je ne saurais conseiller la radiothérapie : l'électrolyse est ici un excellent moyen trop méconnu. Je n'ai pas à énumérer tous les autres moyens anciens qui peuvent, le cas échéant, rendre des services.

M. BAUDOUIN. — L'électrolyse m'a en effet donné d'excellents résultats chez quatre sœurs qui s'étaient réciproquement contaminées.

M. PAUTRIER. — La radiothérapie échoue dans des cas où l'effluve de haute fréquence donne d'excellents résultats : j'en puis citer deux exemples.

M. LENGLET. — Parmi les procédés de haute fréquence il en est un remarquablement actif sur lequel il convient d'attirer l'attention : c'est le procédé de l'étincelle de haute fréquence dérivée du résonnateur de Oudin ou du solénoïde d'Arsonval et appliquée directement sur la verrue sans interposition du manchon de verre de l'électrode condensatrice de Oudin-Bissérié. Moyennant certaines précautions destinées à anesthésier la région avant d'appliquer l'étincelle directe, on détruit la verrue en une séance et elle tombe deux à quatre jours plus tard. Le procédé est très simple.

La tige de métal de l'électrode nue doit être mince, effilée et courbée à l'extrémité pour plus de précision dans l'application.

Lupus avec lymphangiectasies et lymphorrhagies.

Par MM. BALZER et POISOT.

L..., 64 ans, imprimeur sur étoffes, né à Zurich, vient à la consultation de Saint-Louis, en février 1906, pour une affection du pied gauche, dont le début apparent remonte, dit-il, à deux mois environ.

En décembre 1903, en pleine santé, sont apparus sans cause appréciable, d'abord un œdème, puis une rougeur diffuse du pied gauche et de la partie inférieure de la jambe; mais en interrogeant le malade, nous apprenons que, depuis 3 ans au moins, existe sur la face dorsale du pied une petite plaque rouge, semblable à celles qu'il nous montre sur la face dorsale de la main gauche, et qui sont des placards d'apparence lupique.

En janvier 1906, l'œdème du pied augmentait, puis apparaissaient dans le sillon unguéal interne du gros orteil quelques petits nodules violacés qui bientôt se réunissaient et s'ulcéraient, laissant écouler pendant plusieurs jours une grande quantité d'un liquide jaunâtre et transparent. En même temps, sur le pied et sur la partie inférieure de la jambe gauche, apparaissaient de grands placards érythémateux, non prurigineux, et sur ces placards faisaient saillie de nombreux nodules lupiques d'un rouge violacé.

Au niveau des articulations métatarso-phalangiennes, face dorsale, un placard analogue s'ulcérât et devenait le point de départ d'un très abondant écoulement de liquide séreux. C'est alors que le malade vient à Saint-Louis; après quelques consultations, il entre salle Devergie, le 3 mars 1906, où son observation fut d'abord recueillie en partie par M. Vinçon, externe du service.

Tout le pied et le tiers inférieur de la jambe gauche sont le siège d'une rougeur diffuse et d'une tuméfaction œdémateuse, un peu éléphantiasique. La peau et le tissu sous-cutané sont infiltrés et indurés. Sur le fond rouge, se détachent de très nombreux nodules, plus ou moins saillants, violacés, de volume variable, de la grosseur d'un grain de mil à celle d'un pois.

Ces nodules siègent en grand nombre sur toute la face dorsale du pied et des orteils, disposés en traînées irrégulières, présentant en certains points un aspect moniliforme; ils sont confluent dans la région du cou-de-pied et au pourtour des orteils, où ils se groupent en véritables bourrelets.

A la base des orteils, face dorsale, existe une ulcération en forme de raquette, à bords livides et violacés; elle atteint les dimensions d'une pièce de 4 franc au niveau des deux premiers espaces interosseux et se continue dans les espaces interdigitaux, sans toutefois intéresser la face plantaire, vierge de toute lésion.

A la partie interne du pied, un nodule plus volumineux s'est ouvert, donnant issue à du séro-pus. D'autres, antérieurement ulcérés, sont recouverts de croûtes jaunâtres, assez adhérentes.

En arrière, sur le trajet du tendon d'Achille, existe une saillie du volume d'une noisette; sa surface est lisse, violacée; elle est nettement rénitente, mais non réductible. D'autres ampoules au contraire, plus petites, rougeâtres, molles, presque fongueuses, s'affaissent sous la pression du doigt, pour se reproduire d'ailleurs dès qu'on cesse cette pression.

Sur presque toute la hauteur de la jambe gauche, surtout en arrière et en dedans, et jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous du creux poplité, s'échelonnent irrégulièrement des saillies analogues.

Rien au niveau de la cuisse, mais, dans le triangle de Scarpa, on constate l'existence d'une masse volumineuse de *ganglions cruraux*. Ces lésions ganglionnaires doivent évidemment contribuer à la gêne de la circulation lymphatique dans le membre inférieur et favoriser les lymphorragies.

A la jambe droite, dans la région sus-malléolaire, avec prédominance à la face postérieure, on remarque un groupe de macules pigmentées, brunâtres, confluentes, de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes; quelques-unes sont une légère saillie, surtout sensible à la palpation. Le malade ne peut en préciser l'origine; il dit seulement qu'elles sont apparues il y a 3 ou 4 ans, présentant d'emblée l'aspect que l'on constate aujourd'hui.

A la face dorsale de la main gauche, au niveau du carpe, des premier et deuxième espaces interosseux, et de la base de l'annulaire, on constate l'existence de cinq petits placards qui présentent les caractères cliniques suivants: ce sont des nodules dermiques, d'un rouge violacé ou légèrement jaunâtre, à peine saillants, très faiblement infiltrés, réunis en petits groupes, ou quelques-uns isolés. Ils sont apparus il y a 3 ou 4 ans, en même temps que la plaque dorsale du pied gauche. Le malade ne s'en inquiétait nullement, vu l'absence complète de gêne et de douleur.

Le diagnostic de ces placards présente une certaine difficulté.

On peut hésiter à prononcer le diagnostic de lupus, à cause de la très faible infiltration à ce niveau et de la difficulté d'y faire apparaître par la pression des nodules lupiques. On pourrait se demander s'il ne s'agit pas d'éléments de tuberculides. Comme nous le disons plus loin, d'autres éléments analogues existent sur les bras, mais ils sont plus nettement infiltrés à la palpation. Dès à présent nous devons faire ressortir le contraste marqué qui existe entre les altérations du membre supérieur et celles du membre inférieur gauche, au point de vue des lésions des vaisseaux lymphatiques.

A la paume de la main gauche, existe depuis 20 ans une rétraction partielle de l'aponévrose palmaire, surtout marquée au niveau de l'annulaire, dont l'extension complète est impossible.

Interrogeant le malade sur ses antécédents, nous apprenons qu'il est d'une très bonne santé habituelle.

Il aurait eu la gale à 22 ans; à 38 ans, un ictère survenu, dit-il, à la suite d'une vive émotion. Il n'est pas buveur et n'a jamais eu de maladie vénérienne. On ne retrouve d'ailleurs chez lui aucun stigmate de syphilis ancienne ou récente. Marié à une femme bien portante, il a eu trois garçons très vigoureux. Lui-même est le plus jeune de sept enfants, dont deux sont morts vers 30 ans, il ne sait de quelle maladie. Ses parents sont morts très âgés. Il n'a jamais entendu parler de maladie de peau, ni de tuberculose dans sa famille. Robuste pour son âge, il ne tousse pas, n'a pas maigri, a bon appétit. Cependant l'auscultation des poumons révèle une respiration un peu soufflante au sommet gauche, et quelques frottements pleuraux au sommet droit en arrière. Le deuxième bruit aortique est légèrement clangoreux; le pouls est à 100. Légers signes de néphrite interstitielle; un peu de pollakiurie nocturne notamment. Pas de sucre, ni d'albumine dans les urines; par l'acide azotique, on obtient le cercle rose de l'urohématine.

Sang: légère leucocytose (G. B. : 21 000), portant surtout sur les polynucléaires; nombreux amas hématoblastiques.

Le séro-pus des ulcérations est très pauvre en microbes: on y trouve quelques cocci, mais pas de bacilles; la méthode de Ziehl ne permet pas d'y déceler le bacille de Koch.

Dès le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital le traitement est institué : on désinfecte d'abord les surfaces suintantes à l'aide de pansements humides, avec la solution d'alun à 1 p. 100. Plus tard, nous cherchons à détruire les lésions par le galvano-cautère. Chaque nodule ouvert et cautérisé devient aussitôt le siège d'un écoulement séreux très abondant, qui persiste pendant trois ou quatre jours ; un liquide jaunâtre, parfaitement clair et transparent, traverse le pansement, inondant véritablement le lit du malade. Recueilli dans un tube, ce liquide se coagule spontanément en quelques minutes ; il est pauvre en éléments figurés ; le microscope y révèle de rares globules rouges et quelques leucocytes ; il a en somme les caractères de la lymphe.

Il paraît évident que les nodules et les ampoules sont autant de cavités lymphatiques distendues, dont l'ouverture par le galvano-cautère provoque l'apparition d'une abondante lymphorrhagie.

Malgré les soins qui lui furent donnés, le malade, pendant les deux premières semaines qui suivirent son entrée, eut une poussée aiguë de lymphangite qui gagna la jambe et la cuisse. Il fut obligé de garder le lit, et il était à la fois très pâle et très affaibli. Autour des orteils la sérosité se concrétait sous forme de croûtes très adhérentes. L'état général et l'état local s'améliorèrent lorsque la poussée aiguë de lymphangite fut calmée ; le malade put venir alors au laboratoire pour y subir les cautérisations nécessaires ; à ce moment, la lymphorrhée était très accusée ; en quelques instants, le parquet était inondé autour du pied malade.

Après six semaines de traitement, le malade sort de l'hôpital, très amélioré localement : les ulcérations sont presque complètement cicatrisées, de nombreux nodules ont été détruits, les ampoules lymphatiques ont disparu pour la plupart ; les lymphorrhagies sont moins abondantes et moins persistantes après les cautérisations.

Depuis sa sortie de l'hôpital, le malade revient chaque semaine pour une séance de galvano-cautérisation. On lui recommande de comprimer avec soin son pied et sa jambe, à l'aide d'un bandage roulé.

Mais, sous l'influence de la marche et de la fatigue probablement, l'amélioration obtenue au début a subi un temps d'arrêt ; de nouvelles poussées nodulaires sont même apparues, les unes dans la région du cou-de-pied, d'autres à la face dorsale des orteils, où elles ont abouti à quelques ulcérations ; à la face plantaire aussi, longtemps respectée, où l'on peut voir des nodules dans le sillon qui sépare les orteils de la plante du pied. Les téguments restent épaissis et infiltrés ; des croûtelles nombreuses marquent le siège des nodules cautérisés et en voie de guérison.

La lymphorrhagie est de nouveau abondante après chaque séance.

Les membres supérieurs sont le siège de petits placards et de nodules disséminés, qui avaient passé inaperçus dans les examens antérieurs et qui présentent à peu près les mêmes caractères que les lésions de la main gauche, mais toutefois avec une infiltration plus nette de la peau.

A la région antéro-interne du poignet gauche, à 4 centimètres au-dessus de l'interligne, petit groupe de nodules violacés. A la région postéro-interne de l'avant-bras gauche, trois ou quatre petits nodules isolés. A la face postéro-interne du bras gauche, quelques nodules disséminés. Petits ganglions dans l'aisselle gauche.

Au poignet droit : petit groupe nodulaire, en haut et en dedans de la tabatière anatomique. A la face antérieure de l'avant-bras droit : placard très net, de l'étendue d'une pièce de 2 francs, à cinq travers de doigt au-dessous du pli du coude. A la face postéro-interne du bras droit : groupe de nodules jaunâtres, saillants et mous. Pas de ganglions dans l'aisselle droite.

Toutes ces lésions étaient ignorées du malade et nous ne les avons pas remarquées lors de notre premier examen, c'est dire qu'elles ne sont ni prurigineuses, ni douloureuses, et qu'elles demandent à être recherchées. Notons en passant qu'elles semblent distribuées surtout sur le trajet des lymphatiques; nous nous sommes assurés cependant, à l'aide du galvanocautère, qu'elles ne correspondaient nullement à des lymphangiectasies et ne devenaient pas le siège de lymphorragies.

* *

En résumé, notre malade présente des lésions chroniques disséminées de la peau qui sont cliniquement de nature tuberculeuse; mais, au niveau du pied gauche, les lésions lupiques initiales semblent avoir été le point de départ d'une lymphangite tuberculeuse, caractérisée essentiellement par l'angiectasie et la lymphorragie.

Nous croyons donc notre malade atteint de cette forme très rare de *lymphangite tuberculeuse*, dite *forme angiectasique*, décrite pour la première fois en 1890 par MM. Hallopeau et Goupil (1), puis par Goupil (2), qui, dans sa thèse, en rapporte cinq observations qui présentent de nombreuses analogies avec la nôtre : deux de Lailler, une de Monod, une de Thielesen et celle de M. Hallopeau. Il assimile aussi à cette forme plusieurs moulages anciens de varices lymphatiques (Guibout, Lailler, Bésnier, n° 281, 338, 396 du musée Saint-Louis), très semblables au moulage du malade de MM. Hallopeau et Goupil (n° 1519 du musée Saint-Louis) et aussi un dessin du fonds Bazin (n° 25). Peut-être faut-il en rapprocher encore une observation de M. Danlos (3), concernant un *lupus éléphantiasique*; l'examen anatomique a montré qu'il s'agissait, dans ce cas, de tuberculose éléphantiasique et lymphomateuse, avec dilatation des lacunes lymphatiques.

Dans notre cas cette forme angiectasique de la lymphangite tuberculeuse se caractérise essentiellement par une *induration cutanée en nappe du pied et du cou-de-pied, par de petits lupus nodulaires irrégulièrement distribués sur le trajet des lymphatiques*, par la présence

(1) HALLOPEAU et GOUPIL. *Bull. Soc. Dermat. et Syphil.*, 10 juillet et 13 décembre 1890, et *Annales de Dermat. et Syphil.*, 1890.

(2) GOUPIL. De la lymphangite tuberculeuse et particulièrement de sa forme angiectasique. *Th.* Paris, 1892.

(3) DANLOS. *Bull. Soc. de Dermat. et Syphil.*, mai 1902.

d'*ampoules réductibles* nombreuses et la production de *lymphorragies*. Elle est donc bien distincte de la forme classique, troncoulonueuse, de la lymphangite tuberculeuse.

C'est la lymphorrhagie, si abondante chez notre malade, qui donne à l'affection sa caractéristique la plus frappante.

Dans la plupart des cas relevés par Goupil, la lymphangite était consécutive à des altérations osseuses. Chez notre malade, os et articulations du pied paraissent sains ; mais n'oublions pas qu'il était porteur depuis plusieurs années d'un petit lupus du pied ; sous une influence que nous n'avons pu déterminer, ce lupus a dû être le point de départ de l'invasion des lymphatiques et des lésions lymphangiectasiques qui en ont été la conséquence.

Le pronostic doit être réservé, en raison des progrès accomplis par la maladie depuis trois ans et de la tendance manifeste qu'a le malade à faire des poussées nouvelles, soit au niveau du pied, soit au niveau des membres supérieurs ; de plus, les sommets sont suspects, et nous ne devons pas oublier que deux fois sur cinq, dans les observations de Goupil, l'affection a eu une terminaison fatale.

Nous croyons cependant, étant donné le bon état général du malade, que le galvano-cautère pourra encore arrêter et faire recéder les lésions. La galvano-cautérisation reste le procédé de choix dans ces cas où les nodules sont disséminés sur une grande surface qui s'oppose à une ablation chirurgicale plus radicale.

Érythème iodique tardif.

Par M. MOTY.

J'ai l'honneur de vous représenter le malade dont vous avez pu voir les lésions encore en activité à notre séance du 3 mai dernier. Ainsi qu'on pouvait l'espérer, elles ont disparu spontanément après avoir pris nettement la forme du pityriasis herpétique chronique de Bazin.

J'ai constaté moi-même cette évolution ; la desquamation était très abondante vers le 20 mai, aux membres inférieurs surtout ; elle s'est atténuée progressivement à partir de cette époque et la guérison était à peu près complète le 22 juin. Cette évolution, rapprochée de ce fait que mon malade ne paraissait présenter aucune prédisposition aux érythèmes, démontre d'une manière presque certaine la nature iodique de son éruption, bien que celle-ci n'ait débuté que trois jours après la suppression brusque de l'iodure de potassium porté progressivement jusqu'à la dose quotidienne de 12 grammes.

Tuberculose cutanée. Extirpation, greffe italienne.

Par M. MORESTIN.

La plupart des tuberculoses cutanées peuvent être traitées avantageusement par l'extirpation au bistouri. Entre autres exemples de

guérison rapide et satisfaisante, je citerai celui du petit garçon que je vous présente :

Lucien Lartig..., âgé de sept ans, entre le 28 avril 1906 à l'hôpital Saint-Louis, service temporaire d'enfants. C'est un enfant assez chétif, dont le père est mort récemment de tuberculose pulmonaire et dont la mère paraît être aussi tuberculeuse. Lui, Lucien, ne tousse pas, ne présente aucune altération viscérale. Il est porteur de lésions ulcéreuses dont l'une occupe la partie antérieure de la cuisse gauche dans le voisinage du genou, une autre la face interne du bras gauche tout près de l'épitrachée, et la troisième, la plus importante, la partie supérieure de l'avant-bras, toujours du côté gauche. La localisation antibrachiale est la première en date. Au dire de la mère, depuis trois ou quatre ans on aurait observé dans cette région des placards rouges apparaissant de temps à autre et régressant avec lenteur pour disparaître spontanément. Quoi qu'il en soit de ce renseignement, c'est vers le milieu de 1903 que la peau s'ulcéra à la partie supéro-externe de l'avant-bras. Peu après survint un abcès au-dessus du coude, abcès qui s'ouvrit et devint le point de départ de l'ulcération qui occupe aujourd'hui la face interne du bras. Plus récemment enfin s'est établie la lésion dont nous avons signalé l'existence à la face antérieure de la cuisse, dans le voisinage du genou. Au mois de janvier 1906, l'enfant a subi dans un des services de Saint-Louis un traitement mercuriel (frictions et application d'emplâtre de Vigo) qui a semblé produire une amélioration; mais celle-ci ne s'est pas maintenue; les plaies ont recommencé à s'étendre et depuis n'ont pas cessé de s'agrandir.

Au moment de mon examen, le 28 avril, l'ulcération de la cuisse est, pour ses dimensions, comparable à une pièce de cinquante centimes, mais cette ulcération n'est pas toute la lésion; elle est entourée d'une auréole rouge relativement large, interrompue par deux surfaces cicatricielles. L'ulcère est fongueux, inégalement creusé, à bords décollés et suppure assez abondamment.

La lésion sus-épitrachéale est plus profondément excavée, mais présente des caractères analogues, surtout en ce qui concerne l'aspect fongueux des parois de l'excavation et la suppuration abondante. Elle est entourée d'une zone rouge d'un centimètre environ. L'ulcère et la peau avoisinante adhèrent aux plans profonds.

Quant à la lésion de l'avant-bras, elle est formée d'une plaque rouge irrégulièrement ovale présentant 8 centimètres sur 6; plaque portant trois ulcérations principales des dimensions d'une pièce de cinquante centimes, et d'autres plus petites, présentant le même aspect que nous avons signalé pour l'ulcération de la cuisse: disposition circulaire, bord décollé, fongosité couvrant le fond, suppuration, indolence. La plaque dans sa totalité est mobile sur les parties sous-jacentes.

Le diagnostic était aisé, il s'agissait de tuberculose cutanée à forme ulcéreuse. Les localisations crurale et antibrachiale étaient purement cutanées; celle du bras était secondaire à une adénite suppurée épitrachéale, elle-même consécutive à la tuberculose ulcéreuse de l'avant-bras. L'indication me parut être d'extirper ces divers foyers, ce que je fis le 4 mai dernier. La plaque crurale fut

excisée tout d'abord, et la perte de substance, grande comme une pièce de 5 francs environ, put être réunie directement, après *décollement* des bords de la plaie.

L'affrontement fut obtenu avec un peu de peine, en plaçant le membre dans l'extension complète.

L'extirpation du foyer brachial fut plus délicate, mais la réunion se fit par contre très aisément, selon une ligne verticale.

La plaque de l'avant-bras fut à son tour cernée, disséquée et extirpée. Mais la perte de substance laissée par son ablation ne pouvait être comblée par le rapprochement des bords, il s'en fallait de beaucoup. Je prélevai alors sur la paroi thoraco-abdominale, à gauche de la ligne médiane, un lambeau de dimensions appropriées; lambeau à pédicule inférieur, dont le contour fut suturé aux lèvres de la plaie.

Le pédicule de ce lambeau a été sectionné le 22 mai. Un peu plus tard j'ai procédé à la mise au point de la greffe. J'en ai sacrifié un léger excédent, puis soigneusement affronté la tranche de section à la partie correspondante de la peau de l'avant-bras, de manière à obtenir une surface partout lisse et de niveau avec les téguments environnants. En même temps ce qui restait de la plaie d'emprunt a été comblé par rapprochement des bords préalablement libérés et décollés. Quant aux plaies de la cuisse et du bras, elles étaient depuis longtemps cicatrisées, s'étant réunies par première intention.

Je mets sous vos yeux le résultat obtenu qui est réellement très satisfaisant.

La *greffe italienne* constitue une ressource extrêmement précieuse dans les pertes de substance chirurgicales des téguments du membre supérieur. Il est relativement facile de prélever sur la partie antérieure du thorax ou de l'abdomen des quantités de peau considérables, ce qui permet de sortir aisément d'embarras dans les cas analogues à celui-ci.

Il suffit de quelques précautions simples pour que le succès soit assuré. Il est inutile de compliquer la technique, et en ce qui concerne particulièrement l'appareil destiné à maintenir le membre au contact du tronc, je me suis toujours contenté de bandes de toile, de flanelle, ou de crêpe.

Tout au plus pourrait-on, à mon sens, y ajouter une bande de sparadrap, des tubes élastiques par-dessus le bandage. L'immobilisation absolue n'est aucunement nécessaire; le seul point important est d'éviter toute traction prolongée sur le pédicule ou les sutures.

Les enfants supportent encore mieux que les adultes les attitudes que nécessite l'emploi de la greffe italienne.

Chez eux enfin les résultats dépassent même ceux que la méthode donne chez l'adulte.

Deux cas de cancer étendu de la langue sans récidence une année après l'ablation chirurgicale.

Par M. MORESTIN.

Opérer les cancers de la langue est une tâche assez ingrate. Les interventions sont graves, pénibles dans leurs suites, qui exigent des soins minutieux et une attention continuelle ; or trop souvent nos efforts restent complètement stériles ; la récidence survient et emporte au bout de quelques mois le malheureux qui a échappé aux périls de l'opération. Mais ce pronostic est appelé à devenir moins sombre si l'on a soin de pratiquer systématiquement l'éradication des territoires lymphatiques menacés, et d'autre part l'ablation excessivement large des tissus suspects, même et surtout dans les cas observés à une période voisine de leur début.

J'ai insisté depuis longtemps sur ces points, notamment dans un Émoire communiqué au Congrès de Chirurgie en octobre 1901, mémoire où j'ai exposé une technique que j'ai désignée sous le nom de procédé *anatomique*.

Même dans des cas très étendus, en apparence détestables, on peut obtenir parfois des résultats assez consolants. Ainsi j'ai retrouvé récemment deux malades que j'ai opérés l'an dernier à peu près à la même époque et dans des conditions analogues. Ils sont restés bien guéris depuis une année et je vous les présente tous deux.

Voici leur histoire :

Pierre Long..., employé dans une compagnie de chemins de fer, 49 ans, entre le 15 juin 1905 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Velpeau, pour une tumeur ulcérée du côté droit de la langue. L... a eu la syphilis, il y a 27 ans, il a été grand fumeur. — Au mois de mars 1905 il éprouve de la gêne dans la déglutition et consulte son médecin qui constate une lésion de la base de la langue. En raison des antécédents du sujet, un traitement mercuriel est institué, sans résultat utile. Tout au contraire, le malade souffre et de plus en plus, tourmenté surtout par une otalgie très cruelle, nocturne principalement. Il s'alimente difficilement et ne peut avaler que des liquides.

La moitié droite de la langue dans sa partie postérieure est occupée par une masse dure, mal limitée, légèrement douloureuse à la pression. Sur le bord droit de la langue et dans le sillon glosso-amygdalien, est une ulcération profonde, une longue fissure, à bords irréguliers et calleux, saignant au contact. L'infiltration s'étend sur l'amygdale et le pilier antérieur du voile.

La langue est bridée, se meut laborieusement et douloureusement.

Dans la région sous-maxillaire et la région carotidienne on sent des ganglions augmentés de volume, sans être très volumineux, mobiles, indolents.

Pas de leucoplasie buccale. A la nuque un lipome, gros comme une orange, qui existe depuis quinze ans.

Le diagnostic n'est que trop facile ; mais s'il n'y a place pour aucune hésitation au sujet de la nature de la maladie, on peut se demander

si une intervention entreprise dans des circonstances aussi peu favorables serait une bonne intervention. Je ne crois pas devoir m'abstenir ; l'état général est encore satisfaisant, le sujet courageux et robuste. Torturé par des souffrances atroces, le pauvre homme réclame une opération dont il connaît la gravité. J'opère donc le 21 juin 1903. J'enlève d'un bloc ganglions carotidiens et sous-maxillaires, la branche montante et une partie de l'arc horizontal de la mâchoire, la moitié droite de la langue, l'amygdale droite, et le pilier antérieur du voile.

J'avais commencé par le temps ganglionnaire, en traçant deux incisions se rencontrant à angle droit, l'une menée le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, l'autre dans la région sus-hyoïdienne latérale. Ce temps accompli, j'ai fendu la lèvre inférieure sur la ligne médiane, disséqué sa moitié droite, séparé la joue droite de la mâchoire, et relevé les parties molles comme un lambeau pour agir sur la mâchoire, la sectionner en avant au niveau de la première petite molaire, la luxer en arrière, et ensuite traiter la langue et toutes les parties suspectes.

Les suites ont été très bonnes, si bonnes que le malade a pu quitter l'hôpital guéri le 29 juillet. Il avait été alimenté à la sonde pendant près d'un mois, ce qui avait beaucoup contribué à la bonne évolution de la plaie.

Ce malade est aujourd'hui en excellent état. Il est plein de santé, a repris toutes ses occupations et même une vie très active. Le maxillaire s'est dévié vers la droite, il y a discordance entre les arcades dentaires, et la mastication est défectueuse. De plus, le malade bave toujours un peu. Mais, contrairement à ce que l'on aurait pu craindre, la parole reste très intelligible.

L'examen le plus minutieux ne permet pas de découvrir la moindre trace de récidive.

Charles Larch..., serrurier, 68 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, pavillons, le 14 août 1903, porteur d'un néoplasme de la langue, néoplasme déjà très étendu évoluant depuis une année au moins. C'est en effet au mois de septembre 1904 que le malade en a lui-même reconnu l'existence, et il y a tout lieu de supposer que le début véritable en est bien antérieur. Quoi qu'il en soit, l'attention de Larch... fut attirée du côté de sa gorge et de sa langue par une difficulté croissante de la déglutition et certaines sensations anormales de picotement, de chatouillement ou de lancinement. Cherchant la cause de ces incommodités, il aperçut sur le bord gauche de la langue, très en arrière, une sorte de bouton ulcéré. Depuis, les lésions ont augmenté sans cesse ; les douleurs se sont précisées et l'état général n'a pas tardé à décliner. Actuellement surviennent plusieurs fois chaque jour de violentes irradiations douloureuses dans la langue et toute la moitié gauche de la tête, mais sans localisation spéciale à l'oreille. L'alimentation est devenue difficile, et la

mastication des aliments solides tout à fait impossible. Le sujet est fort amaigri et pâle. L'haleine est très fétide; la salivation abondante est très gênante, car le malade avale sa salive péniblement. Il n'y a jamais eu d'hémorrhagie.

L... ne croit pas avoir eu la syphilis, il n'en porte aucun stigmate. Il n'est pas fumeur.

L'examen complet de la lésion est rendu assez malaisé, parce que la bouche ne s'ouvre plus complètement et que la langue ne peut être projetée en avant.

On constate tout d'abord qu'il n'existe aucune trace de leucoplasie sur les lèvres, les joues, ni sur la partie antérieure de la langue.

Au premier abord la langue paraît saine. Mais en l'attirant en avant on aperçoit à gauche et en arrière, à la hauteur de la dernière molaire, le commencement d'une ulcération qui disparaît dans la profondeur vers la base de la langue et le pharynx. Toutes les dents inférieures existent et sont saines. En haut les dernières molaires sont cariées et déchaussées; mais elles ne paraissent pas susceptibles de produire aucun contact offensant pour la langue. Au toucher on reconnaît dans la moitié gauche de la langue, partie centrale et base, une masse très dure mal limitée, dans laquelle s'enfonce l'ulcération, profonde, anfractueuse et entourée elle-même d'un bourrelet dur qui fait partie de la tumeur. On ne peut dépasser en arrière avec le doigt les limites de l'ulcère ou de la tumeur. Celle-ci adhère à la face interne de la mâchoire et au plancher de la bouche.

La palpation ne permet pas de reconnaître, en dépit de la maigreur favorable du sujet, aucune adénopathie bien nette, mais seulement une sorte de léger empatement, de résistance profonde à l'union des régions sous-maxillaire et carotidienne gauches.

Le diagnostic de cancer s'impose et les conditions révélées par cet examen sont peu encourageantes. Néanmoins je crois pouvoir encore et devoir tenter l'intervention.

L'opération a lieu le 18 août 1903. Je commence par préparer les régions carotidienne et sous-maxillaire; une dissection minutieuse met à nu le sterno-mastoidien, le digastrique, la jugulaire interne, permet de détacher en bloc tous les ganglions sous-maxillaires, la glande sous-maxillaire, les ganglions carotidiens, les lames celluluses qui les englobent et les relie. Puis la mâchoire est sciée d'une part en avant à l'union de la canine et de la première petite molaire, d'autre part en arrière perpendiculairement à la branche montante à la hauteur de l'épine de Spix. Cette dernière section est précédée de la division perpendiculaire du masséter, et suivie du pincement de la dentaire inférieure mise à nu à son entrée dans le canal dentaire.

Le ptérygoidien interne est coupé transversalement le plus près possible de son insertion supérieure.

Le fragment mobile de la mâchoire est écarté en dehors et le plancher buccal attaqué de dehors en dedans, divisé jusqu'à la ligne

médiane. La langue est ensuite fendue d'avant en arrière, dans le plan médian, depuis sa pointe jusqu'à l'os hyoïde. Elle est donc séparée en deux moitiés dont la gauche reste adhérente à la portion sacrifiée de la mâchoire, et doit être extirpée avec elle. Mais sur la tranche de la moitié droite j'aperçois encore un petit noyau cancéreux. J'excise donc un nouveau fragment comprenant ce noyau et les parties avoisinantes. Je coupe alors l'hyo-glosse, lie la linguale, et achève de séparer la langue de l'épiglotte, de l'os hyoïde et de l'amygdale. Ligatures de la faciale, de la linguale, etc. La muqueuse pharyngée est rapprochée par trois points de suture de la partie postérieure de la muqueuse génienne. Tamponnement de la plaie à la gaze. Sutures superficielles au crin. Le malade a perdu peu de sang, mais néanmoins paraît fortement *choqué*. Il est très pâle et ne nous donne pas une impression très rassurante. Sérum, 1 000 grammes.

Dans la journée une petite hémorrhagie par une artériole cutanée nécessite la levée du pansement et la pose d'une ligature. Dès le lendemain les choses s'annoncent assez bien. De fait les suites sont très satisfaisantes, régulières, apyrétiques. Pendant un mois le malade est nourri à la sonde. Peu à peu l'excavation laissée par la résection de la mâchoire et l'extirpation de la tumeur se comble.

La plaie superficielle avait été à dessein laissée ouverte dans sa partie moyenne. Elle se réduit graduellement. Un jour vient où elle est réduite à un pertuis insignifiant. Finalement la bouche ne communique plus avec l'extérieur ; cette fistule se ferme. Le malade sort guéri vers la mi-octobre.

Sa guérison se maintient. L'état général est devenu excellent. Larch... a repris bonne mine et beaucoup engraisé. Il ne souffre pas, s'alimente fort bien ; il mange du pain, mâche de la viande. La partie restante de la mâchoire a peu de tendance à se dévier vers la gauche, ce qui explique que la mastication ne soit guère troublée. La parole reste assez difficile à comprendre et le sujet bave toujours un peu.

Il est impossible à l'heure actuelle de découvrir aucun indice de repullulation de la tumeur.

Sur un état papillomateux du cuir chevelu (forme morbide nouvelle).

Par M. H. HALLOPEAU.

Encore une affection dont nous n'avons pas trouvé la description dans la littérature médicale.

M. X... âgé d'une quarantaine d'années, fait remonter à environ trois ans et demi le début de son altération du cuir chevelu ; elle a consisté dès le début, d'après son affirmation, en un groupe de saillies végétantes et prurigineuses, elle s'est progressivement agrandie et s'est accompagnée, au bout de trois à quatre mois, de la chute des cheveux dans la partie intéressée.

Deux de nos collègues, l'un de Paris, l'autre de l'étranger, consultés successivement, ont porté tous deux le diagnostic de pelade et institué un traitement. Le premier par des lotions camphrées, térébenthinées et amoniacales, le second par l'acide acétique : l'alopecie a persisté.

Actuellement, la partie malade a la forme d'un croissant; elle siège à gauche de l'occiput; son bord convexe est externe; elle mesure 8 centimètres sur 3 et demi; ses extrémités sont arrondies; sa surface est hérissée de saillies hémisphériques, dont la plupart ont approximativement le volume d'un grain de chènevis; quelques-unes sont plus petites; leur forme, le plus souvent arrondie, est parfois polygonale.

Toute cette surface est presque complètement glabre; on n'y voit qu'un très petit nombre de cheveux, les uns normaux, les autres longs de un à deux millimètres, ils ne sont ni atrophiés, ni massués. Il y a toujours du prurit.

On voit en outre, chez ce malade, des saillies lichénoïdes agminées dans les sillons rétro-auriculaires, aux fesses et à la cuisse gauche. Cette dernière région est, depuis trois mois, le siège d'un placard éruptif qui mesure actuellement 8 centimètres sur 6; il est formé d'élévures rondes, ovalaires ou polygonales, séparées par des sillons peu profonds; elles donnent lieu à du prurit; les poils persistent à leur niveau.

Il existe enfin, au coude gauche, une plaque squameuse péripilaire.

L'examen histologique des lésions du cuir chevelu, pratiqué par M. Saboiraud, a donné les résultats suivants :

Il s'agit d'un papillome corné avec réaction inflammatoire procédant par flots. Ceux-ci correspondent en majorité au sommet des cônes interpapillaires considérablement hypertrophiés. Ils sont constitués par des cellules conjonctives fixes et proliférées, des mononucléaires, des plasmazellen et des éosinophiles. Rien ne rappelle ici la constitution histologique des nævi : les réactions observées sont plutôt voisines de celles qui caractérisent les processus de lichénification spontanée ou provoquée par un traumatisme.

Les autres lésions sont-elles de même nature ? Nous ne le pensons pas; il paraît s'agir, au moins pour celle de la cuisse et des fesses, d'un lichen simplex concomitant.

Quoi qu'il en soit, l'altération du cuir chevelu n'est pas, comme on est tenté de le croire au premier abord et comme l'ont pensé deux de nos collègues, une alopecie peladique: le début très net, d'après les assertions du malade, par les saillies végétales et l'apparition tardive de l'alopecie, nous paraissent constituer des données décisives à cet égard. Nous ne pouvons formuler aucune interprétation relativement à la nature non plus qu'à la cause prochaine de cette singulière affection. L'hypothèse d'une affection parasitaire de nature indéterminée nous paraît cependant le plus vraisemblable, car il ne semble s'agir ni de tumeurs, ni de névrodermites, et les caractères cliniques des lésions du cuir chevelu, aussi bien que les données histologiques, les séparent nettement du lichen simplex. Ce malade n'étant pas hospitalisé, ne pourra être régulièrement suivi.

M. BROCC. — Il ne semble pas qu'il soit possible de fonder sur cette seule description l'existence d'une nouvelle forme morbide. A l'examen succinct que je viens de faire, il m'a paru que cette lésion pourrait bien être un nævus papillomateux du cuir chevelu.

M. HALLOPEAU. — Le début tardif non plus que le prurit et les caractères histologiques ne s'accordent avec cette hypothèse.

M. BROCC. — C'est un diagnostic à discuter, la constatation tardive du papillome ne signifie pas qu'il n'existe pas depuis beaucoup plus longtemps et qu'il n'ait pas été aperçu récemment, seulement parce qu'il s'est développé depuis peu comme il arrive souvent dans ces nævi.

Sur un cas de syphilis fraternelle avec prolifération secondaire au pourtour des accidents primitifs.

Par MM. H. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

Les transmissions familiales de la syphilis sont rares en France en voici un exemple des plus regrettables.

Albert S..., Agé de 42 ans, couché au n° 3 de la salle Bazin, a été soigné en janvier, dans notre service, pour un chancre induré péri-anal. C'est un éphèbe qui répond au type classique. En avril, il a eu des altérations buccales. Il est de nouveau atteint actuellement de lésions péri-anales, sous forme de plaques volumineuses et végétantes caractéristiques. Il n'y a pas d'autre accident.

Sa sœur, Marthe S..., Agée de 46 ans, atteinte d'une paralysie congénitale du membre inférieur, avec léger strabisme, a eu, il y a trois mois, un chancre induré de la lèvre supérieure; depuis trois semaines, il lui est survenu des ulcérations étendues des deux côtés de la langue et de la face interne des joues; il n'y a pas d'autres manifestations, si ce n'est une stomatite mercurielle dont le début remonte à deux jours.

La jeune fille buvait dans le même verre que son frère : c'est ainsi, selon toute vraisemblance, qu'elle a été contaminée.

Ces cas de contagion familiale sont des plus communs dans les campagnes russes où les habitants vivent pêle-mêle avec les soldats revenant infectés du régiment, et le mal est si généralisé qu'une ligue a été fondée sous la présidence d'une grande-duchesse pour y faire obstacle. Nous n'en sommes pas là en France, mais il y aurait lieu néanmoins d'instruire nos paysans et nos ouvriers des dangers que peut offrir l'usage d'objets communs dans une famille où se trouvent des syphilitiques. Notre observation montre que cette transmission par le verre à boire, si souvent invoquée hypothétiquement par nous pour sauvegarder la confiance du mari contaminé par sa femme ou inversement, peut bien réellement se produire.

Ces jeunes gens sont intéressants à un autre point de vue : les

manifestations secondaires sont actuellement limitées, chez le garçon, qui a eu un chancre anal, au pourtour de l'anus, et, chez la jeune fille, qui a eu un chancre labial, à la cavité buccale. N'est-il pas vraisemblable que, dans les deux cas, des tréponemas émanés directement de l'accident primitif se sont transmis à son voisinage et, après avoir évolué, y ont donné lieu à des manifestations secondaires? ce sont, suivant nous, de nouveaux cas de proliférations locales.

**Sur l'atténuation de la virulence du bacille de Koch
chez les lupiques.**

Par MM. H. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

Dans la dernière séance, M. Darier a contesté cette atténuation; il a invoqué les faits dans lesquels des inoculations au cobaye de tissu lupique ont donné lieu à des infections aiguës généralisées. Straus croyait de même qu'il y avait, dans le lupus, rareté des bacilles, mais non diminution de leur action nocive.

La clinique se trouve ici en désaccord apparent avec l'expérimentation. Les tuberculoses pulmonaires que l'on observe chez les lupiques sont en général remarquables par leur bénignité; les résultats de l'enquête à laquelle nous venons de nous livrer à cet égard dans notre service sont significatifs. Sur 16 adultes atteints de lupus, 9 présentent des altérations pulmonaires; et, dans huit de ces cas, il s'agit d'altérations légères, au premier degré; seul, le numéro 24 de la salle Lugol a des lésions du second degré, mais elles remontent à une date éloignée; il y a 15 ans que cette femme a subi une trachéotomie pour une tuberculose du larynx et sa santé générale n'est que médiocrement ébranlée. La virulence de ces tuberculoses viscérales de nos lupiques doit donc être considérée comme atténuée.

Il serait utile de renouveler les expériences d'inoculation et rechercher, pour celles qui ont été faites, dans quelles conditions le produit infectieux a été recueilli; il y a des tuberculoses cutanées, celles qui se développent au pourtour de la bouche et de l'anus, qui diffèrent du lupus et sont riches en bacilles très virulents: ne seraient-ce pas des produits de cette nature qui ont donné lieu à des infections généralisées?

**Sur une arthropathie psoriasique aiguë blennorrhagiforme
(variété nouvelle).**

Par MM. H. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

Il est une forme devenue classique, depuis Besnier, d'arthropathie psoriasique: c'est l'arthrite noueuse déformante dont est atteint

l'un des malades que nous avons l'honneur de présenter; nous ne le montrons que comme contraste avec cet autre psoriasique chez lequel les manifestations articulaires et périarticulaires rappellent, à s'y méprendre celles de la blennorrhagie; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le malade entre à l'hôpital pour une poussée généralisée de psoriasis. La première atteinte a commencé, par le genou, à l'âge de vingt ans, puis s'est généralisée ensuite. Le malade a de nouvelles manifestations à peu près tous les ans.

Quatre jours après son entrée, il se plaint de douleurs vives dans la main gauche. C'est la première fois qu'il a des douleurs articulaires; il n'a jamais eu de rhumatisme. La main est œdématiée, douloureuse au toucher et spontanément; les mouvements des doigts sont pénibles. La douleur semble siéger surtout sur le dos de la main, au niveau de la gaine des extenseurs. La peau, surtout la face dorsale, est uniformément chaude, rouge et tendue. L'aspect clinique est, à s'y méprendre, celui d'une arthrite blennorrhagique, mais le malade n'a eu la chaudepisse qu'il y a cinq ans et elle a guéri sans laisser de traces; actuellement, examiné à plusieurs reprises, l'urèthre est sec et n'offre pas le moindre suintement; il n'y a pas de taches sur la chemise; il n'y a pas de filaments dans l'urine. Il ne s'agit donc pas d'une arthrite blennorrhagique.

Malgré un traitement interne par le salicylate de soude, à la dose quotidienne de 6 grammes, et local par le salicylate de méthyle avec enveloppement ouaté et immobilisation, la poussée articulaire augmente rapidement et atteint successivement tous les doigts qu'elle empêche de se mouvoir. La douleur, très vive, provoque de l'insomnie; elle siège principalement sur le dos de la main, où l'œdème est considérable; les doigts sont considérablement tuméfiés, surtout l'index et le médius, au niveau de leur première articulation phalangienne; ils sont en extension, incapables de se mouvoir; l'articulation radio-carpienne est également douloureuse, de même que l'articulation radio-cubitale inférieure et leurs mouvements sont très pénibles.

L'épaule droite est depuis quelques jours également douloureuse.

Il y a de l'insomnie, un peu d'anorexie; l'état général reste bon; il n'y a pas de fièvre; les urines ne contiennent pas d'albumine; il n'y a rien d'anormal au cœur.

Les choses restent ainsi en l'état, et tandis que le psoriasis s'améliore, au bout d'une quinzaine de jours, la douleur diminue un peu d'intensité, tout en restant très vive, et gardant les mêmes localisations. La douleur de l'épaule droite a tout à fait disparu.

Le salicylate est supprimé et remplacé par l'antipyrine sans résultat appréciable. Actuellement, il persiste de l'œdème de toute la face dorsale de la main et des doigts au niveau des interlignes articulaires. C'est là que siège toujours le maximum de la douleur. Les doigts sont toujours dans l'extension; la main est immobile sur le poignet; il existe enfin une atrophie musculaire notable de tout le groupe de l'avant-bras. L'arthropathie semble encore être dans sa période aiguë, bien que la rougeur et la tension des téguments se soient notablement atténuées.

En résumé, inflammation articulaire et périarticulaire identique dans ses caractères cliniques à celle que l'on décrit comme spéciale à la blennorrhagie, sans que l'on puisse découvrir trace de cette affection.

S'agirait-il d'une simple coïncidence? d'une poussée aiguë de rhumatisme survenant accidentellement chez un psoriasique? Nous ne le pensons pas : cette affection a des caractères trop spéciaux, trop différents de ceux des rhumatismes articulaires aigus pour que cette hypothèse soit admissible.

On doit à notre collègue M. Gaucher d'avoir établi que l'arthropathie subaiguë des psoriasiques ne diffère pas objectivement de l'arthrite noueuse déformante; il est impossible en effet de trouver une différenciation clinique entre ces deux ordres d'altérations; l'un de nous a fait personnellement une enquête à ce sujet dans les services de la Salpêtrière et de Bicêtre, avec l'idée préconçue d'arriver à une séparation entre ces arthropathies et celles des psoriasiques, et il n'y est pas parvenu. Faut-il en conclure nécessairement à une identité de nature? On doit bien se rendre compte que, pour ces manifestations profondes, notre observation reste nécessairement moins complète que pour une dermatose : supposez, pour un instant, que les synoviales deviennent le siège d'altérations comparables à celles des syphilides squameuses et à celles du psoriasis : la clinique pourrait-elle les distinguer? on est donc en droit de supposer que des altérations d'origine différente peuvent donner lieu à des arthropathies chroniques de même apparence clinique. Cette considération est applicable à l'arthropathie aiguë blennorrhagiforme. Sans doute, un examen anatomo-pathologique et histologique minutieux arriverait à la découverte de lésions différentes. Nous sommes guidés dans cette interprétation par cette loi que l'un de nous a formulée en 1904 au Congrès des sciences naturelles qui avait lieu à Breslau : *toute affection reconnaît sa cause spécifique et toute cause spécifique donne lieu à des réactions qui lui appartiennent en propre.*

Notre communication établit l'existence d'une nouvelle complication aiguë du psoriasis, l'arthropathie blennorrhagiforme; il est probable que chez ce malade l'agent pathogène commun au psoriasis et aux arthropathies a présenté une puissance exceptionnelle d'activité morbifique.

Nouvelle poussée de nodules érythémateux chez une lépreuse.

PAR MM. H. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

Cette malade, couchée au 27 de la salle Bazin, a été présentée par l'un de nous et M. Granchamp, en mai et en juin 1903, à la Société. Nous avons insisté sur les différences qui séparaient ses éruptions érythémateuses

modulaires de l'érythème nouveau et nous avons été conduits à admettre qu'il s'agissait de toxi-léprides. Depuis lors, à plusieurs reprises, des poussées très analogues se sont renouvelées chez cette jeune fille; la dernière a présenté des localisations qui sont venues confirmer nettement notre diagnostic de léprides: en effet, les nodosités érythémateuses ou sous-cutanées se sont échelonnées sur le trajet des lymphatiques, comme le font des gommes tuberculeuses ascendantes; l'on peut sentir encore nettement aujourd'hui des indurations profondes, qui sont, à la partie interne de la cuisse gauche, le reliquat lymphangitique de cette manifestation.

La malade continue d'ailleurs à présenter des signes incontestables de lèpre, en particulier l'épaississement des nerfs cubitaux et des zones d'anesthésie.

L'éruption ne peut plus être considérée cette fois comme purement toxinique puisqu'elle a été échelonnée sur le trajet des lymphatiques; on ne doit pas s'étonner que les toxines donnent lieu à des réactions identiques lorsqu'elles émanent directement des foyers bacillaires et lorsqu'elles s'en émancipent pour être transportées par voie circulatoire dans des régions plus ou moins éloignées.

M. JEANSELME. — Cette jeune fille, de race blanche, a été contaminée en Nouvelle-Calédonie. Le mode suivant lequel la lèpre se propage dans cette colonie me paraît en opposition avec une théorie soutenue récemment, celle de la dissémination par les moustiques.

Il y a parmi la population pénitencière, deux catégories distinctes: 1° Les condamnés aux travaux forcés en cours de peine ou libérés, au nombre de 40504 d'après le recensement publié par M. Auché (*Arch. de Méd. navale*, 1899); — 2° Les relégués, hommes et femmes, au nombre de 4093.

Or, la statistique de M. Auché montre que 73 individus de la première catégorie sont devenus lépreux, tandis que pas un seul des relégués n'a été contaminé. D'après une statistique plus récente, établie sur ma demande par M. le Gouverneur Picanon (2 juin 1904), le nombre des condamnés ou libérés atteints de lèpre était de 60 et celui des relégués de 5 seulement.

M. MORY. — Pour donner toute sa valeur au fait si intéressant signalé par M. Jeanselme, je voudrais lui demander s'il y a des Canaques lépreux dans l'îlot des relégués et quelle est la distance de cet îlot aux terres les plus voisines.

M. JEANSELME. — Les relégués collectifs sont enfermés, pour la plupart, à l'île des Pins et à l'îlot Brun, quelques-uns à la presqu'île Ducos; ils ne peuvent avoir aucun rapport avec les indigènes. Les relégués individuels sont presque tous employés à Nouméa et par conséquent ils ne sont guère en contact avec les Canaques. Quant aux condamnés ou libérés, ils séjournent dans diverses régions de la Grande-Terre qui sont des foyers de lèpre. Je ne pense donc pas que les moustiques soient les vecteurs de la lèpre. Du reste, mes recherches sur des moustiques recueillis dans des villages de lépreux, en Indo-Chine, ont été complètement négatives.

M. DARIER. — Cette contagiosité existe-t-elle à Paris? Nous ne posons la question que pour cette ville et nous rappelons qu'elle fut l'occasion d'un précédent débat de la Société. Faut-il séparer les époux quand l'un d'eux est seul atteint? Nous rappelons que la réponse de la Société avait été autrefois négative.

M. JEANSELME. — Je ne crois pas davantage que dans les conditions climatiques de Paris, il faille recourir à ce moyen prophylactique.

M. HALLOPEAU. — Je ne puis, à mon regret, considérer comme démonstrative l'argumentation de M. Jeanselme en ce qui concerne le rôle des moustiques dans la propagation de la lèpre. Je ne vois en effet aucune autre interprétation possible du contraste qui existe à cet égard entre nos contrées et les pays à lèpre : ni la température, ni la race, ni le voisinage de la mer, n'établissent entre eux une différenciation ; seule, la présence dans ces pays de moustiques mieux armés que les nôtres nous donne une explication suffisante de ces faits.

Sur un mycosis fongoïde à forme ulcéreuse et serpigineuse.

Par MM. GAUCHER et HALLOPEAU.

Il s'agit d'une variété tout à fait anormale de cette maladie, car c'est seulement après cinq mois d'observation et d'études minutieuses que nous avons pu en formuler le diagnostic. Nous résumerons ainsi qu'il suit cette histoire clinique.

Observation recueillie par M. Macé de Lépinay, interne du service.

Le malade entre à l'hôpital pour une vaste ulcération de la cuisse droite.

Depuis l'âge de 44 ans, il est atteint d'une éruption prurigineuse, caractérisée par des boutons papuleux, lenticulaires, surmontés d'une pustulette ; sur chacun de ces éléments, il se forme une croûte blanchâtre, que le malade gratte et enlève généralement à cause du prurit ; il en résulte de petites pertes de substance qui se cicatrisent bientôt, laissant des placards hyperpigmentés, en nappes disséminées sur tout le corps.

Partout, il existe un prurit intense, empêchant souvent le sommeil. Les membres inférieurs, surtout le droit, sont le siège de secousses spasmodiques des plus pénibles.

Dans les antécédents du malade, nous ne pouvons noter qu'une atteinte de rhumatisme articulaire et un long séjour aux colonies. Il n'y a pas de signes de syphilis ; le malade nie absolument avoir eu cette maladie.

Les accidents actuels ont débuté il y a 14 mois.

Simultanément, à la partie supéro-externe de la cuisse gauche, et à la partie antérieure de la cuisse droite, le malade observa de petites ulcérations qui s'étendirent peu à peu. A gauche, traitée par une poudre antiseptique, la lésion se cicatrisa bientôt ; elle a laissé, au-devant du grand trochanter, une cicatrice brunâtre, où l'épiderme est gaufré ; elle mesure environ 45 centimètres sur 10. A droite, au contraire, l'ulcération devint serpigineuse, et amena le malade à entrer dans le service de

M. Gaucher, où il resta trois mois. Après avoir occupé la partie antérieure et supérieure de la cuisse, elle se cicatrisa à sa partie supérieure, mais s'étendit par sa partie inférieure et interne. On pensa à une ulcération de nature tuberculeuse : l'inoculation faite au cobaye donna des résultats négatifs ; on ne trouva pas dans son tissu de bacilles de Koch et l'examen histologique fut contraire à cette hypothèse. Pensant à la syphilis, on fit au malade 33 frictions mercurielles, puis 23 injections de benzoate de Hg., qui restèrent sans résultat. On lui donna sans succès de l'arsenic, et on fit un pansement local avec de la poudre de chlorate de soude.

Après 3 mois de séjour à l'hôpital, le malade rentra chez lui où il resta 3 semaines, appliquant de la pommade au calomel sur sa plaie ; il vit celle-ci se cicatriser en partie. En effet, à 3 travers de doigt au-dessous de l'aîne, on voit une cicatrice gaufrée, de 4 centimètres de haut sur 15 millimètres de largeur, correspondant à la partie initiale de l'ulcération. Mais celle-ci continuait à s'étendre par sa partie inférieure, et le malade se décida à revenir à l'hôpital.

Lorsqu'il entra, le 10 mai, dans la salle Bazin, l'ulcération, large comme la paume de la main, occupait la partie antéro-interne du tiers moyen de la cuisse. Son contour était serpigneux, son fond rose vif, bourgeonnant ; les bords n'en étaient pas saillants ; elle était plutôt affaissée.

On fit au malade des frictions mercurielles quotidiennes ; on lui donna intérieurement de l'iode de potassium, et localement on fit des pansements au sublimé au $\frac{4}{5000}$. Pendant ce traitement, l'ulcération se cicatrisa à sa

partie la plus élevée, mais gagna en bas et en dedans, descendant obliquement vers la partie interne de la cuisse jusqu'au-dessus du genou, puis remontant en haut et en dehors et venant rejoindre par un parcours circulaire son point de départ au-dessous de la région inguinale.

Il y a un mois, on observa au niveau de la face antérieure et interne du genou une nouvelle ulcération qui, d'abord très petite, augmenta peu à peu, prit les dimensions d'une pièce de 50 centimes, puis d'un franc, de 2 francs, de 5 francs, en même temps que ses bords s'élevaient, formant un relief accentué. Une deuxième ulcération, de même aspect, se produisit en dedans de la précédente. Enfin, l'ulcération initiale, gagnant le bord interne de la cuisse, passa à la face postérieure de celle-ci, et prit bien vite de grandes dimensions.

Le traitement mercuriel restant sans effet, a été suspendu il y a 10 jours. Divers pansements, des cautérisations au nitrate d'argent, des pulvérisations phéniquées ont été faites sans résultat ; les 3 ulcération nouvelles augmentaient rapidement, et étaient le siège d'un prurit des plus pénibles. L'ulcération primitive diminuait au contraire rapidement.

L'état général du malade restait assez satisfaisant, mais on observait une amyotrophie rapide de tout le groupe musculaire de la cuisse et de la jambe.

Actuellement, deux mois environ après l'entrée du malade dans le service, voici ce qu'on observe :

On voit les différentes cicatrices précédemment signalées.

Il ne reste des pertes de substance primitives que trois ulcérations assez

petites, situées à la partie externe de la première, des dimensions d'une pièce de 1 franc, bourgeonnantes, rosées, planes.

Mais ce sont surtout les ulcérations énormes du genou qui attirent l'attention.

Il y en a deux ; celle qui est la plus externe est aussi la plus considérable. Elle mesure 8 centimètres de hauteur sur 9 de largeur ; elle est à peu près circulaire. Ulcérée dans toute son étendue, recouverte de bourgeons charnus, de couleur rouge, elle est entourée par un rebord saillant, de 1 centimètre de diamètre, rouge, nettement découpée à sa partie interne, tendant à se renverser en dehors comme un bourrelet. Toute l'ulcération semble ainsi surélevée, projetée au-dessus des parties voisines.

L'ulcération voisine, située en dedans de la précédente, est moins considérable. Elle mesure 6 centimètres de diamètre transversal sur 3 centimètres de haut ; présentant une petite dépression à sa partie postéro-interne, elle offre ainsi l'aspect réniforme. Elle est tout à fait comparable à la précédente, et possède comme elle un rebord saillant.

Il existe enfin à la partie postérieure de la cuisse une 3^{me} ulcération. également très considérable. Elle mesure environ 16 centimètres dans le sens longitudinal sur 6 centimètres de largeur. Comme les précédentes, mais à un degré moindre, elle présente des rebords saillants et renversés.

Notons enfin qu'au niveau du triangle de Scarpa on trouve des ganglions durs, gros comme des amandes.

M. Gastou fait, le 4 juillet, une biopsie, en prenant un fragment du rebord saillant de la plus grande ulcération du genou ; elle fournit les indications suivantes.

NOTE HISTOLOGIQUE SUR X..., malade du service de M. le Dr Hallopeau, par M. Gastou.

La coupe entière est constituée par un tissu réticulé à larges mailles par places, à mailles plus étroites en d'autres points.

Dans ces mailles existent uniquement des cellules lymphoïdes très abondantes et tassées.

On n'y rencontre pas d'autres éléments cellulaires. Les vaisseaux sont dilatés, entourés d'une paroi très nette, mais sans altérations notables. Ils sont peu nombreux.

L'ensemble des coupes rappelle le tissu d'un ganglion lymphatique. Il n'y a pas de cellules géantes, ni d'éléments épithéliaux.

En résumé, depuis l'âge de onze ans, ce malade est atteint d'éruptions papuleuses, le plus souvent isolées, parfois agminées, qui s'accompagnent d'un prurit intense, donnent lieu à de petites suppurations et laissent à leur suite les taches pigmentées dont sont criblés les quatre membres et que l'on trouve également disséminées sur le tronc.

Depuis quatorze mois, des ulcérations sont survenues ; elles ont débuté par des saillies semblables aux précédentes et se sont agrandies excentriquement, se cicatrisant en partie à mesure qu'elles

progressaient : ainsi, se sont formées les cicatrices polycycliques à bords pigmentés que l'on voit à la fesse et à la cuisse gauche et qui occupent la plus grande partie de la face antéro-interne de la cuisse droite; ici, le processus ulcéreux n'est pas éteint; il reste encore plusieurs placards de la grande ulcération initiale; bien plus, deux d'entre eux ont pris des dimensions considérables en même temps qu'ils devenaient saillants et se sont entourés d'un rebord épais, convexe, rouge, ulcéré à sa partie interne et se continuant en dehors avec la peau saine sur laquelle il a tendance à se renverser. Ce rebord en bourrelet, sur lequel l'un de nous a déjà insisté à plusieurs reprises dans sa description du mycosis, est caractéristique; il nous conduit à admettre qu'il s'agit d'une forme anormale de cette maladie.

Comme autres arguments en faveur de la nature mycosique de cette singulière et grave dermatose, nous mentionnerons le prurit intense dont elle a toujours été le siège, la guérison spontanée de vastes ulcérations coïncidant avec leur progression partielle et la présence de tissu réticulé dans le rebord convexe.

Nous avons vu, d'autre part, que les inoculations pratiquées au cobaye ont donné des résultats négatifs et que l'examen des biopsies permet d'éliminer la tuberculose. L'insuccès flagrant du traitement permet de repousser l'idée d'une syphilis et il ne s'agit certainement, ni d'une lèpre, ni d'une farcinose, ni d'un bouton des pays chauds.

Si notre interprétation est exacte, il faut admettre les propositions suivantes :

1° *Le mycosis peut n'être pendant de longues années constitué que par des saillies, d'abord papuleuses, puis pustuleuses, qui se succèdent à courts intervalles et laissent à leur suite des taches pigmentées;*

2° *Il peut revêtir la forme de vastes ulcérations serpigneuses à progression rapide sans apparence, pendant une partie de leur évolution, de saillies végétantes;*

3° *Les cicatrices qui en résultent peuvent être minces, serpigneuses et très analogues à celles de la syphilis;*

4° *Le rebord convexe à ulcération interne et à progression excentrique est caractéristique;*

5° *Le prurit et les régressions spontanées sont également de bons éléments de diagnostic.*

Nous signalerons, en terminant, le singulier polymorphisme de cette maladie : sur environ vingt-cinq cas que l'un de nous en a présentés à notre Société, il n'en est pas un qui n'ait offert des particularités qui lui appartenait en propre.

M. GAUCHER. — Lors du passage de ce malade dans mon service, je l'ai

regardé comme atteint de syphilis ; le traitement ne l'ayant pas amélioré, je gardai l'impression qu'il s'agissait de néoplasie épithéliale. M. Brocq, qui avait vu le malade, avait pensé à la syphilis. Le prurit relevé chez ce malade existe depuis l'âge de 11 ans.

M. HALLOPEAU. — Je demanderai à M. Morestin s'il ne croit pas possible de traiter ce malade par extirpation des tumeurs et autoplastie consécutive.

M. MORESTIN. — Je crois la chose possible et l'entreprendrai volontiers.

M. BALZER. — Devant la difficulté thérapeutique d'un tel cas et en admettant le diagnostic de mycosis, je me demande s'il ne serait pas possible de recourir aux injections de sérum streptococcique. Dans un cas extrêmement grave, Hippolyte Martin a obtenu par ce procédé un remarquable résultat.

M. BROCC. — Il semble que le diagnostic ne soit établi nettement ni par l'apparence des lésions, ni par l'examen histologique qui laisse persister quelques doutes sur la nature du mal. Dans ces conditions, je crois qu'un supplément d'enquête scientifique est nécessaire avant de prendre une décision ferme.

M. HALLOPEAU. — Suivant moi, l'évolution toute spéciale de la maladie, le prurit intense, les caractères cliniques du bord convexe, l'existence d'un réticulum dans le derme et l'impossibilité de tout autre diagnostic permettent de considérer l'existence d'un mycosis comme au moins très probable ; conformément aux indications de M. Balzer, je vais demander à M. Hippolyte Martin de vouloir bien me procurer de son sérum.

Lichen plan à grande extension de la peau et des muqueuses avec poussées multiples érythémateuses et œdémateuses.

Par MM. NICOLAS et FAVRE.

J. B..., 52 ans, née à Annecy, ménagère, a toujours joui d'une excellente santé.

C'est une femme de taille un peu supérieure à la moyenne, au teint coloré, à l'aspect robuste.

Elle n'a jamais eu de maladie sérieuse, n'a pas fait d'abus d'alcool ni de café, n'a pas éprouvé, avant l'apparition de l'éruption, d'ennuis ni de choc moral brusque.

Rien dans son interrogatoire ne permet de supposer qu'elle ait eu la syphilis.

Elle n'a jamais eu de crises nerveuses et ne présente aucun stigmate d'hystérie.

Début de l'affection actuelle. — L'affection actuelle a débuté en juillet 1903 par de « petits boutons » rouges, de la grosseur d'une lentille, très prurigineux.

L'éruption siégeait sur les poignets, les bras et la face postérieure de la cuisse droite.

Un médecin consulté pense à la gale et en prescrit sans succès le traitement.

L'éruption, au lieu de s'amender, prend une extension considérable. Elle reste formée d'éléments papuleux très confluent.

Prurit violent.

Aucun suintement.

Il existait sur une grande étendue des téguments une rougeur très marquée, et la malade fut à ce moment regardée comme atteinte d'eczéma généralisé.

Au moment où cette poussée éruptive, d'ailleurs brusquement apparue, commençait à rétrocéder, de nouveaux symptômes apparaissent.

Il survient une poussée œdémateuse brusque du visage, atteignant les oreilles et surtout les paupières. La tuméfaction des paupières était telle que la malade était obligée de renverser la tête en arrière ou de soulever les paupières pour regarder les objets.

Après la figure ce fut le tour des mains à enfler. Elles devinrent œdémateuses, tendues, boudinées au point que la malade ne put s'en servir pendant plus de 8 jours.

Les jambes et les pieds enflèrent ensuite sans douleurs vives, sans réactions articulaires, sans gêne notable de la marche.

La disparition de l'œdème au niveau du visage fut suivie d'une desquamation fine, furfuracée.

L'examen des urines à ce moment fut négatif.

Après une courte période de rémission le prurit réapparaît et l'éruption se constitue peu à peu, telle que nous l'observons à l'entrée de la malade.

A l'entrée de la malade à la clinique. — Juillet 1905. — L'éruption que présente la malade est très étendue. La face et le cuir chevelu sont seuls respectés.

L'éruption est constituée soit par des placards plus ou moins étendus, soit par des papules isolées.

Les placards sont de dimensions variables, irrégulièrement découpés et forment de larges nappes grenues dont la coloration va du rouge brun au rouge livide plus ou moins violacé. Ces placards sont saillants, nettement infiltrés, finement squameux.

La desquamation est furfuracée, les squames très minces, très fines sont, par places, véritablement micacées.

Ces placards sont parcourus dans tous les sens par une série de plis anastomosés, et ont un aspect quadrillé très manifeste.

Les papules sont très typiques, les unes aplaties, brillantes, lisses, polygonales, luisantes, de teinte brun jaunâtre, d'aspect cireux, sont de petites dimensions.

D'autres, plus volumineuses, ont une teinte plus vive, sont plus squameuses.

Certaines papules présentent très nettement des stries blanches plus ou moins régulières, d'autres sont ombiliquées.

Topographie de l'éruption. — Nous n'insisterons pas sur ce point ni sur les aspects un peu variables que présente l'éruption suivant ses localisations. Elle est prédominante aux points d'élection du lichen, poignets, ceinture.

hanches, lombes. Mais elle n'est pas restée localisée à ces points d'élection et l'on peut dire que la face et le cuir chevelu sont seuls absolument respectés.

Lésions muqueuses. — Il existe au niveau de la muqueuse buccale et de la muqueuse vaginale des lésions très marquées, stries, taches blanches que nous ne voulons pas décrire ici.

L'état général de la malade est bon.

Il n'existe pas de lésions viscérales appréciables.

La malade accuse un état d'insomnie persistante. Elle n'a pas de céphalée mais présente une sorte d'inquiétude, d'agitation perpétuelle. Elle ne peut rester en place dans son lit, craint beaucoup la chaleur, et dort en plein hiver très peu couverte.

Le prurit est très vif. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

La malade n'est restée que quelques jours dans le service. Elle part améliorée et nous promet de venir régulièrement à la visite.

La malade est revenue à trois reprises dans le service.

Lors de sa première visite les lésions cutanées étaient stationnaires, l'éruption toujours très étendue, le prurit était cependant un peu moins vif et l'insomnie moins complète.

Les lésions des muqueuses étaient moins marquées qu'au moment où la malade était à l'hôpital.

En avril 1906, nous voyons de nouveau la malade. L'éruption rétrocede manifestement. Les larges placards prurigineux et squameux au début, ont pris une teinte pigmentaire, brun foncé, allant jusqu'à la teinte noirâtre.

Ces placards ne sont plus squameux, mais restent finement quadrillés et légèrement infiltrés.

Quelques poussées papuleuses nouvelles se sont cependant encore produites sur les bras, mais elles sont très circonscrites.

En nombre de points, la dermatose a pris un caractère figuré, annulaire. Le centre de l'élément est comme affaissé, de couleur fauve, il est légèrement squameux. La périphérie est formée d'une bordure étroite, régulière, légèrement surélevée, finement découpée, brillante quand on la regarde obliquement.

Les phénomènes subjectifs sont bien moins accentués qu'autrefois. Le prurit est très supportable.

La malade dort bien.

Juin. — Depuis sa dernière visite, l'état de la malade s'est encore amélioré.

Elle est venue, nous dit-elle, pour nous annoncer sa guérison. Elle avait eu cependant, ce matin, la pensée de différer d'un jour son voyage. Elle se sentait mal à l'aise, elle éprouvait des nausées, souffrait de la tête.

Dans le train a commencé à paraître une éruption qui s'est rapidement généralisée et qui est très intense au moment où nous voyons la malade.

Cette éruption est caractérisée par des taches érythémateuses, tantôt isolées, tantôt confluentes. Elles forment en certains points de larges nappes, s'effaçant sous la pression du doigt.

Cet érythème est remarquable par sa rougeur très intense et par l'élévation considérable de la température locale.

Parmi les localisations de l'éruption, il faut signaler la localisation péri-buccale et les localisations palmaires.

Les muqueuses ne sont pas atteintes. L'érythème présente une symétrie très remarquable.

Les phénomènes subjectifs consistent en une sensation de chaleur très pénible, d'ardeur, de brûlure locale. Il semble à la malade, suivant sa propre comparaison, « qu'elle est dans le feu ».

Elle se sent mal à l'aise et au cours de l'examen présente des vertiges, des nausées, des phénomènes lipothymiques très accusés, avec sueurs froides, petitesse du pouls.

La malade interrogée, nous dit avoir présenté cette poussée d'érythème à 4 reprises différentes.

Chaque fois, dit-elle, cette poussée précède une nouvelle recrudescence du prurit et des accidents cutanés.

Elle nous a affirmé que jamais elle n'a absorbé de médicaments pendant les jours qui ont précédé ces manifestations cutanées.

Ce matin seulement elle a pris un cachet d'antipyrine, parce qu'elle se sentait mal à l'aise, mais l'érythème avait déjà fait son apparition au moment de l'absorption du cachet.

L'examen des urines de la malade n'a révélé aucune particularité intéressante.

Il en est de même de l'examen du sang.

La température rectale était de 37°,4.

Notons une tachycardie très accusée (130).

La malade a pu rentrer chez elle dans la soirée. Pendant plus de 3 heures les symptômes nauséux, les vertiges, l'état lipothymique ont persisté.

La malade a eu un vomissement bilieux.

Ces symptômes ne sont pas survenus au cours des précédentes poussées d'érythème, qui ne s'accompagnaient généralement d'aucun retentissement sur l'état général.

La malade nous a fait savoir que la poussée érythémateuse s'est rapidement dissipée, mais elle oublie de nous parler de son affection cutanée.

Il s'agit, en somme, d'une malade qui au cours d'un lichen plan typique à poussées successives, à localisations cutanées et muqueuses très étendues, a présenté, à plusieurs reprises, des accidents ordinairement étrangers à la symptomatologie du lichen.

Ce sont des œdèmes à extension brusque, à évolution rapide, envahissant la face et les membres, sans provoquer de douleur ni de retentissement sur l'état général.

Ce sont des poussées érythémateuses, également brusques et fugaces, très intenses, survenant rapidement, sans cause provocatrice nette, mais toujours liées à une recrudescence dans le prurit et à une extension de l'affection cutanée.

Ces troubles vaso-moteurs d'une rare intensité sont loin d'être

communs, sous cette forme, dans la symptomatologie du lichen plan.

Nous croyons que ces troubles ressortissent à la cause même du lichen. Ils ne pourraient dépendre que d'une intoxication accidentelle d'origine médicamenteuse. Mais la malade nous a affirmé qu'elle n'avait pas pris de médicaments au moment des poussées.

Peut-être faut-il mettre la dernière poussée observée par nous sur le compte d'une auto-intoxication d'origine alimentaire. Notre malade avait depuis quelques jours des troubles gastro-intestinaux vagues. Il est possible que chez de semblables malades, dont le système vasomoteur est profondément troublé, une cause minime d'intoxication soit susceptible de produire, sur ce point de moindre résistance qu'est le réseau vasculaire de la peau, des troubles d'une anormale intensité.

Si la pathogénie de semblables accidents reste obscure, il n'en est pas moins certain, et nous revenons sur ce point, que leurs relations avec les poussées de lichen sont trop étroites pour qu'on puisse ne voir là que des faits de pure et simple coïncidence.

Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichthyose bulleuse.

Par MM. NICOLAS et FAVRE.

M. Joa... entre le 18 octobre 1905 à la clinique de l'Antiquaille. Il a déjà été soigné, nous apprend-il, dans le même hôpital il y a deux ans, et pour la même affection dont il est encore actuellement porteur.

Cette affection est héréditaire : son grand-père, une tante et un oncle ont la même maladie que lui.

Elle est même, paraît-il, beaucoup plus accentuée chez l'oncle, dont la peau est, au dire du malade, semblable à celle d'un nègre, et a des poussées bulleuses subintrales.

La mère du malade ne présente aucune lésion. Il a deux frères de 14 et 7 ans, indemnes de toute affection cutanée. Il a perdu deux sœurs, mortes en bas âge.

Antécédents personnels. — Le malade ne nous donne à ce sujet que peu de renseignements. Il aurait toujours joui d'une bonne santé. Il travaille à la campagne, n'a jamais eu d'affection vénérienne. Il se plaint seulement d'avoir toujours très soif, il boit d'ailleurs jusqu'à 5 litres de vin par jour.

Il a toujours eu l'affection cutanée pour laquelle il vient à l'hôpital.

Dès sa naissance, on aurait remarqué qu'il avait la peau plus rude et de teinte plus foncée que normalement. On aurait été également frappé du développement sur tout le corps du système pileux.

Ces poils follets ne tardèrent pas à tomber. C'est vers l'âge de 18 mois qu'apparaissent les premières bulles.

Ces poussées bulleuses se sont succédé depuis, plus ou moins intenses. Le malade a eu des périodes de rémission presque complète. C'est ainsi que

pendant ces quatre dernières années, il n'a eu qu'à de rares intervalles quelques bulles isolées.

En juillet 1905, le malade entre dans un service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, pour une plaie accidentelle par balle de revolver.

Les poussées bulleuses réapparaissent très intenses.

Le malade a fini par ne plus s'occuper de sa maladie de peau. Il prend des bains fréquents, afin de ne pas avoir la peau trop noire et ne s'inquiète guère des éruptions bulleuses qu'il présente. Il dit que l'apparition locale des bulles est favorisée par les traumatismes. Un choc un peu intense fait naître dans les vingt-quatre heures qui suivent une bulle plus ou moins volumineuse.

Actuellement. — Le malade est un jeune homme de taille moyenne, de développement normal, d'aspect vigoureux. Il ne présente aucun stigmate dystrophique, aucune malformation.

Les lésions cutanées qu'il présente ont leur maximum d'intensité au niveau des membres.

Dans les régions atteintes, la peau présente un aspect ichthyosique plus ou moins accusé.

A un moindre degré, cet état se traduit par un épaississement léger et uniforme de la peau, avec exagération des plis et des dépressions normales du tégument. La peau est rugueuse, chagrinée. Le sommet de chacune de ces saillies exagérées est revêtu d'une couche cornée gris jaunâtre. Le malade est obligé de prendre des bains constamment pour éviter que cette teinte jaune brunâtre ne passe au brun et même à la teinte noire la plus franche.

Plus accusée, la lésion est caractérisée par de larges placards rudes au toucher, grenus, de teinte foncée, brune, et par places brun noirâtre.

La peau est nettement épaissie : c'est une peau grossière, à gros grain, sur laquelle se détachent, avec un relief très accusé, les sillons et les crêtes normales de la peau.

Chacune de ces crêtes est accusée par un relief corné, une hyperproduction kératique manifeste. Les îlots hyperkératosiques, séparés par des sillons profonds, forment des figurations d'aspect variable. Dans la plupart des régions, la peau semble comme pavée par de petites plaques cornées juxtaposées.

Il est à remarquer que toutes les régions qui présentent l'aspect ichthyosique sont le siège d'une desquamation assez abondante. On peut détacher sans grande gêne les petites plaques kératosiques. Elles sont, et nous insistons sur ce point, très médiocrement adhérentes. Au-dessous d'elles la peau apparaît lisse, rosée, très légèrement humide.

L'ablation de ces productions exubérantes ne provoque aucune douleur et n'est suivie d'aucun saignement, mais le malade dit que le léger traumatisme ainsi causé est suffisant pour provoquer *in situ* l'apparition d'une bulle.

Il est à noter que ces sortes de squames enlevées par le grattage ne sont pas sèches, dures, mais plutôt humides, un peu molles, comme grasses.

Cette faible adhérence des néoproductions épidermiques est très remarquable. Il semble que l'on ait recouvert la peau d'un enduit qui s'est concrété, puis craquelé à sa surface, et ne lui adhère que faiblement.

Topographie des lésions. — Ces lésions ont la répartition suivante :

Face, cuir chevelu sains. — Les cheveux sont normaux, bien fournis, de coloration brun châtain.

Nuque. — On note deux petits placards légèrement kératosiques au niveau de la nuque et de la région sus-hyoïdienne.

Thorax. — Le thorax ne présente aucune lésion nette. On pourrait peut-être signaler un léger degré de kératose uniforme des orifices pilo-sébacés. Cette lésion, rappelant une kératose pilaire à localisation anormale, se trouve au niveau des régions sus-acromiales et à la partie supérieure des deux bras.

Abdomen. — Les lésions réapparaissent à partir de l'ombilic. Mais il s'agit ici simplement d'état rude, grenu de la peau, dont la teinte est gris brunâtre. On ne voit pas ici les véritables hyperproductions épidermiques si nettes au niveau des membres.

Membres. — Les lésions sont ici très accusées, uniformément réparties. Elles ne prédominent en aucun point, sur aucune des faces des membres, et ne respectent pas les plis articulaires. Leur aspect est celui des lésions au maximum de leur développement et dont nous avons donné la description. Il n'existe pas d'altérations de la paume des mains et de la plante des pieds.

Les ongles ne présentent pas d'altérations notables.

Bulles. — Sur ces téguments présentant un aspect ichthyosique se produisent des poussées bulleuses fréquentes.

Elles sont provoquées par le traumatisme, mais surviennent aussi sans aucune cause.

Leur développement est rapide. En quelques heures, elles ont atteint les dimensions d'une noisette, d'une noix. Quelques-unes sont plus volumineuses encore. Elles sont généralement tendues, fermes. Le liquide qui les distend est pour ainsi dire d'emblée purulent, finement grumeleux, louche.

Ces bulles paraissent avoir simplement pour plafond ce revêtement kératosique que nous avons décrit. Elles le soulèvent, le fissurent, et la bulle éclate. Le liquide une fois évacué, la bulle se dessèche rapidement et l'épiderme qui en tapisse le fond apparaît lisse, rosé, légèrement érythémateux, comme celui que met en évidence l'ablation mécanique du revêtement ichthyosique.

On a l'impression que ces bulles se développent très superficiellement. Elles guérissent d'ailleurs très vite, ne laissent jamais de cicatrices, n'entraînent pas de chute des poils, et ne donnent jamais lieu au développement de kystes épidermiques.

Elles se développent de préférence dans les points où l'aspect ichthyosique est le plus manifeste. Fréquentes sur les membres, elles ne se développent que rarement sur l'abdomen. Jamais le malade n'a eu de poussée sur les placards du cou.

Ces poussées bulleuses sont accompagnées de quelques manifestations douloureuses, d'une sensation de tension locale sourde. Ces douleurs ne persistent que très peu de temps.

Dans son ensemble la lésion locale est à peu près indolore et ne paraît pas retentir sur l'état général.

Les bulles les plus volumineuses durent trois à cinq jours. Il se fait au siège de la bulle une desquamation totale. La place de la bulle apparaît, tranchant par sa teinte blanc rosé sur les téguments avoisinants de teinte presque noire. Puis l'épiderme reprend rapidement un caractère grenu, l'hyperkératose est bientôt manifeste, et au bout de dix à quinze jours toute

trace locale de la bulle a disparu sous un nouveau revêtement épidermique anormal.

Le malade dit transpirer facilement. Il exhale une légère odeur fade, de macération épidermique.

Les poils sont normaux même au niveau des régions ichthyosiques. Ils sont relativement longs, fins, n'ont pas l'aspect grêle et sec que l'on voit communément chez les ichthyosiques vrais.

Les muqueuses n'ont jamais présenté aucune lésion.

Les lésions cutanées des membres inférieurs, très mal soignées par le malade, ont provoqué le développement de véritables bubons cruraux et inguinaux. Les ganglions sont rénitents, volumineux, indolents.

État général. — L'état général est bon. L'examen viscéral est négatif, Les battements cardiaques sont réguliers, pas de souffle, pas d'altérations du rythme cardiaque. Il n'existe aucun trouble respiratoire. Les fonctions intestinales sont normales. L'appétit est même exagéré.

Les troubles nerveux sont nuls. Il n'existe pas de troubles objectifs de la sensibilité. L'intelligence est normale.

Nous avons attiré l'attention sur un certain degré de *polyphagie* que présente le malade. Il est également atteint de *polydipsie*. Il dit avoir constamment soif et a demandé pendant son séjour un supplément de boisson et de tisane.

Nous avons à deux reprises recueilli la totalité des urines de vingt-quatre heures.

Le 28 novembre, le malade urine 3 lit. 700.

L'analyse des urines a donné les résultats suivants :

Urée.....	9 gr. 312, par litre.
Phosphates (en acide phosphorique).....	0 gr. 68 —
Chlorures.....	0 gr. 387 —
Sucre et albumine.....	Néant.

Une deuxième analyse, faite le 12 janvier, n'a donné comme quantité d'urines que 1 lit. 150 avec

Urée.....	22 gr. 80, par litre.
Phosphates.....	2 gr. 05 —
Sucre et albumine.....	Néant.

Lors de ce deuxième examen les poussées bulleuses étaient très atténuées. Nous avons examiné chez notre malade le sang et, à diverses reprises, le contenu des bulles.

L'examen du sang ne nous a rien révélé d'anormal.

Au cours d'une poussée bulleuse très intense, nous avons observé une polynucléose légère (72 p. 100) et une leucocytose peu marquée (12600 globules blancs).

Les éosinophiles n'ont jamais dépassé le chiffre de 2 p. 100.

Le liquide des bulles contenait des éléments cellulaires assez nombreux, très déformés, vacuolaires, en voie de désintégration. Il s'agissait presque uniquement de polynucléaires neutrophiles. L'éosinophilie des bulles n'a jamais été supérieure à 4 p. 100.

Le liquide, examiné à plusieurs reprises et ensemencé, contenait toujours des streptocoques typiques.

2 juillet. — Nous avons revu aujourd'hui le malade. Il a eu de nouvelles poussées depuis qu'il a quitté l'hôpital.

Une de ces poussées, plus intense, a eu pour siège le genou droit. L'épiderme formant le toit de la bulle est en voie d'élimination sous forme de larges lambeaux croûteux encore retenus par les poils agglomérés.

Nous ne décrirons pas longuement l'aspect des lésions. Il a peu varié.

Le malade, qui s'est mal soigné, présente sur toutes les régions atteintes une teinte grise ou même franchement noire.

Il dit avoir toujours soif. Il boirait 5 à 6 litres de vin par jour et 2 à 3 litres d'eau. L'appétit est moins exagéré qu'autrefois.

Le malade nous dit que son oncle, atteint de la même affection que lui, présente également les mêmes symptômes de polydipsie et de polyphagie.

Ce malade boirait jusqu'à 8 à 10 litres de liquide par jour.

Il est obèse et serait très gros mangeur.

Nous n'avons pu jusqu'ici contrôler ces renseignements donnés par le malade.

Cette observation est un cas typique de l'affection improprement appelée « ichtyose bulleuse ». Il s'agit d'une dermatose rare, héréditaire, familiale, dont la place exacte n'est pas encore déterminée dans la nosographie cutanée.

Elle se rapproche par bien des points des *dermatites ichthyosiformes, accompagnées ou non de productions bulleuses et de troubles épidermotrophiques* que M. Lenglet, dans sa thèse, a tenté de classer provisoirement.

Les faits ainsi groupés sont d'aspect, d'évolution, de localisations très variables et disparates.

Il est probable que des groupements ne tarderont pas à se faire au sein de cet amas confus et bariolé de dermatoses.

Il nous a semblé, en tout cas, faire œuvre utile en apportant simplement une observation, un fait clinique nouveau.

Nous comptons pouvoir étudier plus complètement, dans un travail ultérieur et en nous adressant aux autres membres de la famille du malade, la dermatose dont nous n'avons fait ici que résumer simplement l'observation.

Cyanose douloureuse intermittente d'un gros orteil, d'origine syphilitique.

Par MM. AUDRY et BOYREAU.

Voici une observation pour servir à l'histoire de l'artérite syphilitique des membres.

J. R..., 54 ans, menuisier, entre le 23 avril à la clinique des maladies cutanées. — Père mort à 68 ans d'affection indéterminée; mère morte à 69 ans, de cardiopathie. Un frère, âgé de 44 ans, en bonne santé.

A. P. — Aucune maladie de l'enfance ou de l'adolescence. Santé robuste. Pendant son service militaire, contracta la syphilis : chancre induré du

fourreau de la verge, roséole, plaques muqueuses de la bouche et des lèvres, bientôt suivies de l'apparition sur l'abdomen et principalement sur les jambes et les cuisses, de syphilides ulcéreuses assez confluentes et dont on voit actuellement les cicatrices pigmentées. Une de ces syphilides siègeait sur le bord libre de l'aile droite du nez; sa cicatrisation a déformé l'organe: la narine droite est aplatie; son orifice, dont les bords sont formés de tissu inodulaire, s'allonge en outre de droite à gauche et de bas en haut, grâce à une déviation concomitante de la cloison.

Dès les premières manifestations de la syphilis, R... suivit un traitement spécifique pendant un an, mais d'une façon irrégulière: sirop de Gibert, frictions et même injections hypodermiques. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus de trente ans, il n'a vu se produire aucun autre symptôme syphilitique et n'a eu à se plaindre d'aucun trouble viscéral. Pas d'éthylisme, pas d'excès de table. Très nerveux, son nervosisme se serait même accentué depuis ces dernières années à la suite de chagrins de famille.

Marié à 26 ans, sa femme n'a jamais fait de fausses couches. Il a eu 8 enfants venus au monde à terme et bien conformés. Cinq sont morts de rougeole ou de tuberculose pulmonaire. Les 3 autres (27, 17 et 14 ans) jouissent d'une bonne santé.

M. A. — R... entre à la Clinique pour phénomènes douloureux du gros orteil gauche, apparus depuis un mois dans les circonstances suivantes. Il y a un mois et demi environ, survinrent, dans la jambe gauche, des contractions involontaires, cloniques, indolores, brusques, portant soudainement la jambe en extension complète ou le pied en extension forcée et se produisant, à intervalles quelquefois rapprochés, durant la journée, soit pendant la marche, soit pendant la station droite ou assise. Ces « crampes », comme dit le malade, cessèrent de se produire quinze jours après; mais, alors il commença à souffrir du gros orteil gauche qui se cyanosa et d'un engourdissement du membre supérieur droit qui le gêne pour le travail. D'ailleurs depuis ce moment les douleurs de l'orteil se sont accrues dans des proportions telles que R... a dû interrompre ses occupations pour entrer à l'hôpital.

Examen du malade. — Homme de petite taille. Obèse. Facies congestionné avec varicosités marquées sur les pommettes. Il présente, comme nous l'avons dit, une déformation du nez, déjà décrite, et les cicatrices brunes de ses anciennes syphilides. Ses bras sont rouges; ses mains sont grosses, refroidies et il est visible qu'à leur niveau la circulation se fait mal. Mais ce qui attire l'attention, c'est l'état du gros orteil gauche. Il présente une teinte violet foncé, uniformément étendue jusqu'à sa base où elle s'arrête, limitée par un bord net, circulaire; il ne paraît pas plus froid que le gros orteil droit, cyanosé lui aussi mais à un degré bien moindre. A son niveau les perceptions d'ordre sensitif ou tactile existent sans altérations ni retard. La palpation, une pression forte même, est indolore. Les douleurs, spontanées, surviennent indifféremment le jour ou la nuit, mais toujours quand le malade est au repos depuis un certain temps, quand il est immobile, assis ou couché. Elles coïncident avec une augmentation des phénomènes de stase sanguine, mais jamais — le malade est très affirmatif sur ce point — elles ne succèdent à un état d'anémie ou de syncope locale, telle qu'on l'observe, avec constance, dans la maladie de Raynaud. Elles s'annoncent par des

élancements accompagnés bientôt de sensation d'arrachement et qui ne tarde pas à devenir intolérable. Elles éveillent, la nuit, le malade, qui, pour les calmer, est obligé de se lever et de faire les cent pas dans la salle. La marche, en effet, les atténue assez vite et même les fait complètement disparaître au bout de 1 à 2 heures. Mais l'immobilité les fait quelquefois apparaître de nouveau. Il en résulte que le malade est assez souvent privé de sommeil. Quand ces phénomènes sont à leur paroxysme, l'orteil est douloureux en masse, mais surtout sur sa face externe, interdigitale. Pendant toute leur durée ou pendant la période qui les précède, l'orteil reste sensible au toucher et à la piqûre. La peau qui le recouvre ne présente pas d'altérations.

L'examen des différents appareils est négatif. Cœur normal. Pouls bien frappé, sans hypertension, pas de signe de la temporale. Poumons sains. Urines normales, sans sucre, ni albumine.

Rien du côté du tube digestif : la rate n'est pas grosse. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes.

Léger affaiblissement de la vue. Pas de signe d'Argyll ou de Romberg. Les réflexes rotuliens sont très diminués, surtout à gauche. Le réflexe plantaire est aboli à gauche.

On soumet le malade aux piqûres de calomel (0,07 tous les huit jours) et à l'administration quotidienne d'iodure de sodium (2 cuillerées à soupe d'une solution à 10 p. 100).

26 avril. — Les douleurs persistent, aussi intenses. Le malade est privé de sommeil, on est obligé d'avoir recours à la morphine.

28 avril. — L'engourdissement du membre supérieur droit est moins accusé et, de plus, devient intermittent. La cyanose de l'orteil présente des alternatives d'augment et de diminution. On porte à 8 grammes la quantité quotidienne de KI.

30 avril. — Les douleurs deviennent moins vives dans la journée. Les nuits sont bonnes, mais on continue la morphine.

2 mai. — L'orteil, de violet passe manifestement à une teinte plus claire.

4 mai. — Depuis deux jours, malgré la suppression de la morphine, le malade a passé des nuits relativement calmes : les accès nocturnes ne sont pas aussi douloureux.

5 mai. — Le malade, très soulagé, demande à sortir. L'examen de l'orteil, fait avant son départ, permet de constater que la teinte cyanotique a diminué dans des proportions assez marquées ; sa limite devient indécise sur certains points ; enfin il semble que l'orteil a perdu de sa tuméfaction légère. Les téguments sont lisses et toujours tendus, mais sans excès ; ils ne présentent aucune excoriation ou exfoliation. La pression est toujours indolore. Le malade ne se plaint plus de l'engourdissement du bras droit.

(Le malade a reçu à ce moment 3 injections de calomel.)

Il n'y a guère de doutes sur le diagnostic de la lésion : altération syphilitique des collatérales du gros orteil. L'influence du traitement spécifique a été très évidente et assez rapide. On a, dans ce cas, un bon exemple d'artérite syphilitique des membres. On le rapprochera des cas de claudication intermittente, etc. Les faits semblables sont encore assez exceptionnels.

**Épididymite blennorrhagique suppurée : funiculite phlegmoneuse
avec vaste abcès du canal inguinal.**

Par MM. AUDRY et BOYREAU.

Jean A..., 18 ans, employé, entre le 3 mai à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques, salle Besnier, n° 4.

Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires, collatéraux ou personnels. Pas d'éthylisme; excès d'aucune sorte.

Contracte, il y a un mois et demi, une blennorrhagie assez intense et compliquée de phimosis. Il entre à ce moment à l'hôpital : on lui fait une circoncision et lorsque le pus urétral commence à diminuer de quantité et que sa couleur devient plus claire, on lui prescrit les lavages au permanganate de potasse. Il quitte l'hôpital treize jours après, continue ses lavages, mais les interrompt au vingt-neuvième, présentant des symptômes de cystite. Urotropine, potion de Chopart.

Les phénomènes s'accusant, A... rentre de nouveau à la clinique, au dixième jour de sa cystite.

A ce moment, l'écoulement est minime, blanchâtre, plus abondant le matin. Les mictions sont très fréquentes la nuit comme le jour, douloureuses avant, pendant et surtout après l'émission du jet, peu abondantes, sans hématurie, légèrement troubles. *Pas de gonocoques.*

L'hypogastre est sensible spontanément ou à la pression. Les jours suivants les phénomènes augmentent d'intensité. Le besoin d'uriner devient si impérieux qu'il est obligé de le satisfaire tout de suite sous peine de perdre ses urines, si fréquent qu'il ne laisse bientôt au malade aucun repos. Ces besoins se produisent en effet toutes les deux, puis toutes les heures, demi-heures, dix minutes. Ils s'accompagnent de ténesme violent. La quantité d'urine émise se réduit la plupart du temps à quelques gouttes; quelquefois les efforts restent vains. Ces défécations provoquent des mictions involontaires et très douloureuses. Les nuits sont sans sommeil.

Outre l'hygiène habituelle que l'on prescrit dans ces cas, l'on fait au niveau du col de la vessie des instillations quotidiennes de V à VI gouttes de de nitrate d'argent à 1/30.

Le 8 mai se déclare une épididymite droite nécessitant le port d'un suspensoir. Les jours suivants, amélioration *très lente* des symptômes de cystite. Les mictions deviennent moins fréquentes; le sommeil est encore interrompu quatre ou cinq fois dans la nuit. Le malade mange peu; ses téguments pâlisent. Faiblesse générale, amaigrissement.

14 mai. — L'écoulement urétral est réduit à quelques gouttes d'un liquide blanchâtre, muqueux, perceptible surtout le matin, composé principalement de cellules épithéliales et sans gonocoques. La cystite est en bonne voie de guérison. Nombre des mictions diurnes : toutes les trois heures; nocturnes : deux à trois seulement. Les douleurs et le ténesme vésical se sont considérablement calmés.

La prostate est un peu grosse, elle est dure, mais sans nodosités appréciables; on ne sent pas les vésicules séminales.

20 mai. — Depuis une huitaine de jours, le malade se plaint d'une douleur, d'abord légère, siégeant dans le testicule droit, se propageant le long du

cordon et atteignant son maximum à la partie interne du canal inguinal. Cette douleur, spontanée ou provoquée bientôt par une pression même superficielle, s'accompagne à présent d'une tuméfaction des téguments au niveau de la zone sensible. L'épididyme, augmenté naturellement de volume, adhère en un point avec le scrotum, à sa partie inférieure.

22 mai. — Les phénomènes locaux ont rapidement progressé. On constate à la visite : 1° un épanchement occupant la vaginale droite ; 2° un point fluctuant avec peau rouge et amincie au niveau de l'adhérence signalée de l'épididyme avec les enveloppes de la bourse. Ces tuniques sont, par ailleurs, épaissies, sans induration notable ; 3° une induration sous-cutanée, située au-dessus de l'arcade de Fallope, occupant la partie inférieure de la zone tégumentaire abdominale dénommée « fosse iliaque droite », et atteignant la ligne médiane. Elle est sensible à la palpation, ne présente pas toutefois de modifications inflammatoires superficielles ; elle donne la sensation d'avoir une épaisseur assez grande ; ses contours sont nets et se dessinent presque lorsque l'on regarde l'abdomen à jour frisant. Ce placard induré est surmonté, au niveau de l'aire qui correspond au canal inguinal, d'une tuméfaction ovoïde, allongée dans le sens du canal, plus sensible, presque rénitente en certains points, fluctuante même par endroits, avec rougeur de la peau qui la recouvre : sa grosseur est celle d'un œuf de poule. A noter que les portions funiculaire et testiculaire du canal déférent ne paraissent ni indurées, ni tuméfiées, quoique douloureuses. A remarquer encore que les symptômes de cystite ont presque disparu. Le soir, la température monte à 39°,4. On fait des pansements humides.

23 mai. — La douleur locale n'a pas augmenté, mais la fluctuation est très nette au niveau de la tuméfaction inguinale. La température est de 38°,3. De plus, l'état général est suffisamment atteint. Il y a eu, durant la nuit, des sueurs profuses. L'intervention est décidée le matin même.

Par une incision parallèle à l'arcade, longue d'environ 8 centimètres et pratiquée sur la tuméfaction ovoïde dont nous avons parlé, on tombe sur la paroi antérieure du canal inguinal. C'est dans l'intérieur même de ce canal que siège la collection. On fend cette paroi à partir de l'anneau externe : il s'écoule immédiatement du pus jaune verdâtre, bien lié, sans grumeaux ou flocons, sans odeur particulière et dont la quantité peut être évaluée à la contenance d'un verre à bordeaux. Le cordon apparaît dans le canal inguinal très tuméfié ; il est volumineux, et à sa surface l'on aperçoit de petites arborisations vasculaires très nombreuses et quelques suffusions sanguines ; il est en connexion directe avec le pus. — On ouvre d'autre part, au niveau du scrotum abcédé, un petit abcès épидидymaire qui donne du pus dont les caractères physiques sont les mêmes que ceux du précédent. Au moyen du dilateur de Tripier introduit par l'incision scrotale, on fait un plan de clivage entre le cordon et les tuniques afin de faire communiquer les deux cavités purulentes. La portion funiculaire du cordon est indemne, ainsi qu'avaient permis de le faire supposer les signes cliniques. On glisse un drain que l'on place parallèlement au cordon et à côté de lui ; on bourre de gaze iodoformée la cavité inguinale ; pansement humide.

L'examen du pus provenant des deux abcès incisés et pratiqué par M. le Dr Gauthié, préparateur au laboratoire d'hygiène, a donné les résultats suivants :

1° Abscès du canal inguinal : staphylocoques, tétragènes, quelques chaînettes de streptocoques, gonocoques peu nombreux.

2° Abscès de l'épididyme : gonocoques nombreux.

5 juin. — Les suites opératoires ont été des meilleures. La suppuration a considérablement diminué dès le troisième jour après l'intervention. Le drain a été enlevé le 30 mai. La cavité du petit abcès de l'épididyme est actuellement comblée. La cavité de l'abcès inguinal est très rétrécie ; ses parois, d'une couleur rouge vif, bourgeonnent ; il n'y a pas la moindre trace de rétention. La cystite peut être considérée comme guérie. L'écoulement urétral persiste toutefois, mais il est toujours muqueux, très peu abondant, sans gonocoques.

Le 15 juillet, la cavité de l'abcès, très diminuée, n'est pas encore entièrement cicatrisée.

Il n'est pas très rare de voir suppurer les épидидymites blennorrhagiques. Pour ma part, j'en ai rencontré 4 exemples. En 1901, Laurent a publié dans le *Journal des maladies cutanées et syphilitiques* un travail sur cette question, et un certain nombre de faits ont été publiés depuis lors. Les funiculites blennorrhagiques sont assez fréquentes ; à mon avis, 10 p. 100 au moins des épидидymites s'accompagnent de funiculite appréciable en clinique.

Mais il est absolument exceptionnel de voir ces funiculites arriver à la suppuration. Personnellement je ne l'ai jamais observé, et la littérature n'en offre qu'un très petit nombre de cas, généralement anciens (Faucon, etc.) et peu nets.

Nous insisterons sur le fait que chez notre malade l'abcès épидidymaire et l'abcès funiculaire étaient complètement indépendants l'un de l'autre, anatomiquement.

L'existence du gonococque dans les épидидymites blennorrhagiques suppurées est connue depuis l'observation de Routier. Il est fort probable que les infections secondaires ont joué un rôle efficace dans la réalisation de l'abcès périfuniculaire.

Il est assez remarquable que ces accidents se soient manifestés à un moment où l'urétrite était guérie. Il est possible que l'abcès considérable développé autour du cordon et disséquant le canal inguinal, doive être considéré comme le résultat d'une lymphangite plutôt que comme un véritable phlegmon intrinsèque du cordon.

Élections.

Au cours de la séance ont été nommés :

Membres titulaires : MM. FERREYROLLES, HALLÉ, MONIER, THOREL VEDEL.

Membre correspondant : M. SPITZER.

Le Secrétaire,
E. LENGLET.

CORBEIL. — IMPRIMERIE ÉD. CRÉTÉ.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1906

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : A propos de l'observation présentée par MM. Nicolas et Favre sous le titre « Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichthyose bulleuse », par M. LENGLET. — Nécrologie. — Éruption érythémateuse et papuleuse causée par la vanille, par MM. BROCC et FAGE. (Discussion : MM. HALLOPEAU, BROCC, E. FOURNIER, A. FOURNIER.) — Radium et rayons X comparés dans un cas d'épithéliomatose ; utilisation thérapeutique de l'eau radifère et de l'eau radio-activée, par MM. WICKHAM et DEGRAIS. (Discussion : MM. DANLOS, BELOT, BÉCLÈRE HALLOPEAU, WICKHAM.) — Traitement des chéloïdes par l'ablation suivie de la radiothérapie, par MM. DE BEURMANN, NOIRÉ et GUGEROT. — Notes complémentaires sur l'évolution de la radiodermite chronique, par MM. DE BEURMANN et GUGEROT. (Discussion : MM. BÉCLÈRE, GAUCHER, DARIER, LEREDDE.) — Maladie de Hallopeau (pyodermite végétante), par MM. GAUCHER et MALLOIZEL. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Gommès syphilitiques du muscle sterno-cléido-mastoldien (syphilis acquise), par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD. — Sur la production d'ulcérations profondes et étendues dans un nævus angiomateux, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. (Discussion : MM. BROCC, LENGLET, A. FOURNIER.) — Nouveaux cas d'aplasie moniliforme des cheveux, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. — Localisations psoriasiques sur des syphilides, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. (Discussion : M. PAUTRIER.) — Sur un cas de tumeurs lymphoïdes de la peau, par MM. HALLOPEAU et GASTOU. (Discussion : M. DARIER.) — Lichen scrofulosorum chez un adulte, par MM. BALZER et POISOT. — Syphilides corymbiformes avec érythème péripapuleux, par MM. BALZER et POISOT. — Vaccine du sein chez une nourrice, par MM. BALZER et POISOT. — Cancer de la face interne de la joue, guéri sans récidence plus de trente mois après l'intervention, par M. MORESTIN. (Discussion : M. A. FOURNIER.) — Épithélioma du gland traité par la décortication du gland ; présentation du malade guéri, quatre mois après l'intervention, par M. MORESTIN. — Scléromie de l'adulte avec pigmentation de la muqueuse buccale, par MM. AUDRY et BOYREAU. — La compression veineuse comme moyen diagnostique d'une roséole latente, par MM. J. HORAND et R. HORAND.

Ouvrages offerts à la Société.

L. BROCC. — Traité élémentaire de Dermatologie pratique, 2 volumes. Doin, 1907.

A. FOURNIER. — La syphilis des honnêtes femmes. Extr. : *Bull. de l'Acad. de Méd.*, oct. 1906.

ED. FOURNIER. — Ostéomalacie syphilitique.

MÉNEAU. — Coup d'œil sur la matière médicale dermatologique de 1890 à 1905. Extr. : *Journal des Maladies cutanées et syphilitiques*, 1906.

GOUGEROT. — Marche de l'infection lèpreuse. Extr. : *Tribune médicale*, mars 1906.

SUQUET. — Epithéliomas cutanés et radiothérapie. Extr. : *Echo méd. des Cévennes*, février 1906.

— Nævo-carcinome traité par la radiothérapie. Extr. : *Ann. d'électrobiologie et de radiologie*, juin 1906.

— Réflexions sur un cas de pelade. *Ibid.*, mai 1906.

UMBERT. — Il pronostico de la syphilis. Extr. : *Revista de Med. y Cirurg.*, 1906.

— Un cas d'hidroa vacciniiforme (Bazin), 1905.

KRZYSZTALOWICZ. — Trichophyton, microsporon, favus (en russe). Varsovie, 1906.

— Histologie der idiopathischen diffusen Hautatrophie. Extr. : *Monatsch. für Prakt. Dermat.*, 1906.

— Ein Fall von Neurofibroma cutis multiplex. *Ibid.*

— Ein Fall von Myoma cutis multiplex. *Ibid.*

— Ueber idiopathische multiple Hautsarkomatose. *Ibid.*

— Ein Beitrag zur Rolle des Streptococcus in der Pathologie der Haut. *Ibid.*

KRZYSZTALOWICZ et SIEDLECKI. — Contribut. à l'étude de la structure et du cycle évolutif du *Spirochæte pallida*. Extr. : *Bull. de l'Acad. des sciences de Cracovie*, nov. 1905.

— Ueber das Verhältniss des Entwicklungen des *Treponema*. Extr. : *Monatschr. für. Prakt. Dermat.*, 1905 et 1906.

SPITZER et JUNGMAN. — Ergebnisse von 240 operierten Lupusfällen. 1905.

JUNGMAN. — Technisch-therapeut. Mitteilungen zur Lupusbehandlung, Wien. Extr. : *Wien. klin. Wochenschr.*, 1906.

SELHORST et POLANO. — Ein Fall von Sarcoma idiopathicum multiplex hæmorrhagicum Kaposi. Extr. : *Arch. für Derm. und Syph.*, 1906.

ADRIAN. — Die Rolle der Consanguinität der Eltern in der Ätiologie einiger Dermatosen der Nachkommen. Extr. : *Dermat. Centralbl.*

OTTO. — Heilstätter für Lupusranke. Wien, 1905.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

A propos de l'observation présentée par MM. Nicolas et Favre sous le titre « Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichthyose bulleuse ».

Par M. LENGLET.

Je désire rappeler, avant d'entreprendre la discussion de l'observation de MM. Nicolas et Favre, que le terme « pemphigus chronique congénital et familial » est synonyme d'épidermolyse bulleuse et que le syndrome de l'épidermolyse bulleuse est entièrement distinct de celui de l'ichthyose bulleuse. Le titre de MM. Nicolas et Favre a donc l'inconvénient de confondre deux variétés morbides

essentiellement distinctes. En effet, le pemphigus traumatique héréditaire et familial à forme non dystrophique a des bulles exclusivement traumatiques, surtout périarticulaires, saisonnières, estivales, il ne s'accompagne d'aucune dyskératose ; c'est à cette forme qu'il faut réserver le nom de « pemphigus traumatique héréditaire et familial » ou mieux encore d'épidermolyse bulleuse, terme nouveau et qui n'a pas comme le vocable « pemphigus », le défaut de fausser d'emblée l'idée qu'on peut se faire de la maladie. Ce n'est pas davantage un pemphigus héréditaire et familial à forme dystrophique, puisque cette variété s'accompagne de kystes épidermiques, d'atrophies cutanées et d'autres dystrophies.

La première partie du titre annonce donc au lecteur des symptômes qu'il ne trouve pas dans l'observation. La seconde partie évoquant le tableau de l'ichthyose bulleuse est-elle plus juste ? Le syndrome ichthyose a pour symptômes dominants, la sécheresse et l'adhérence extrême de squames plates soulevées légèrement aux bords, ces squames respectent les plis articulaires, l'ensemble de la peau paraît atrophique, la sueur, la graisse manquent, les poils ne croissent pas. A s'en tenir à ces caractères fondamentaux, on voit de suite que les observations publiées par divers auteurs sous le nom « d'ichthyoses bulleuses » ne sont pas des ichthyoses. Les unes appartiennent au groupe de l'épidermolyse dystrophique, les autres voisinent avec les érythrodermies congénitales ichthyosiformes, les autres enfin, plus complexes encore, se rapprochent d'autres variétés de dermatoses bulleuses infantiles. Toutes ces pseudo-ichthyoses ont d'importants symptômes qui les écartent des ichthyoses : les squames sont épaissies, grasses, peu adhérentes, elles occupent de préférence les plis, la fonction sudorale est parfois exagérée, existe toujours, les poils et les follets sont de force et d'abondance au moins normales, etc. Ces faits d'ichthyoses bulleuses, et en particulier, le fait que rapportent MM. Nicolas et Favre s'identifient donc, ou du moins se rapprochent, d'autres faits déjà classés et je crois pouvoir revendiquer pour les érythrodermies congénitales ichthyosiformes avec bulles le cas qui fait l'objet de cette discussion. On y retrouve, en effet, la prise des plis, les cubes cornés peu adhérents, laissant voir au-dessous d'eux la rougeur de la peau, l'onctuosité des squames, le développement normal des poils, les adénopathies que j'ai signalées déjà dans une observation personnelle, enfin les bulles spontanées ou traumatiques. Il serait presque à souhaiter que les diagnostics dermatologiques fussent toujours étayés de semblables arguments.

En résumé, l'observation de MM. Nicolas et Favre ne saurait être un pemphigus congénital au sens exact de ce mot, ce n'est pas non plus une ichthyose bulleuse, cette maladie n'existe que pour une analyse

insuffisante et le démembrement des faits qui constituent le groupe incohérent des ichthyoses bulleuses, fait apparaître, parmi d'autres, la variété des érythrodermies congénitales ichthyosiformes à laquelle se rattache l'observation précédente.

Je ne peux donc que répéter ce que j'ai dit ailleurs : si on ne s'astreint pas à dénommer et à classer les dermatoses congénitales d'après leurs symptômes précis, on continuera à confondre entre elles des formes morbides différentes, et on rendra incompréhensible le groupe des dyskératoses congénitales.

Nécrologie.

M. le Président a le regret d'annoncer à la Société la mort d'un de ses membres correspondants : M. le professeur von Neumann (de Vienne), et celle d'un de ses membres titulaires, M. le docteur Merklen, médecin des hôpitaux.

M. le Président rappelle que M. Merklen a été longtemps un des membres les plus assidus de la Société. Pendant plusieurs années, il a été le secrétaire de la direction des *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Il était connu et estimé de tous, à la fois par ses connaissances médicales très étendues, par la dignité de son caractère, et par son dévouement aux malades. M. le secrétaire général donnera sur ce très regretté confrère une notice bibliographique plus complète.

Éruption érythémateuse et papuleuse causée par la vanille.

Par MM. Brocq et FAGE.

Nous avons l'honneur de vous présenter, mon interne M. Fage et moi, un cas d'éruption artificielle causée par la vanille. Ce n'est pas un fait nouveau que nous vous apportons, car d'autres auteurs, et en particulier Leyet et J.-C. White ont déjà publié des observations d'éruptions constatées chez les sujets qui manient les gousses de la vanille, mais nous ne croyons pas qu'on en ait encore parlé dans notre Société : c'est ce qui légitime notre communication.

Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, assez bien portante, mais ayant une certaine susceptibilité cutanée puisqu'il y a deux ans elle a eu une éruption d'urticaire après avoir mangé des moules. Depuis une quinzaine de jours elle a été engagée dans une maison de commission pour y trier des gousses de vanille et en faire des paquets. Elle travaille avec 3 autres ouvrières dans une chambre assez aérée mais où règne une forte odeur de vanille. Le mardi 22 octobre elle a vu survenir une éruption de papules rouges sur les mains, les avant-bras, le cou et la face. Le prurit a été intense dès le début et a causé de l'insomnie.

Rapidement l'éruption a augmenté d'intensité, la face s'est tuméfiée, et

bientôt les paupières ont été tellement gonflées que la malade n'a pu ouvrir les yeux. Elle s'est alors décidée à venir à la consultation de l'hôpital Saint-Louis où nous l'avons vue pour la première fois le 26 octobre. Voici quel était son état à cette date.

La figure était rouge, très enflée et de loin donnait l'impression d'un érysipèle; cependant la teinte était d'un rouge moins intense que celle de l'érysipèle vrai: la peau n'était pas lisse et luisante; il n'y avait nulle part de bourrelet d'extension. L'éruption du front et des joues est manifestement grenue, et en la regardant de très près on voit qu'elle est à la fois érythémateuse et finement papuleuse. Les paupières sont très œdémateuses, les oreilles sont tuméfiées; le lobule est recouvert de petites croûtes brunâtres. Le cou présente le même aspect. L'éruption s'étend aussi sur le haut du thorax. A la partie postérieure du cou se voient de nombreuses petites papules aplaties, brillantes, qui se détachent sur le fond érythémateux des téguments.

Les mains et les avant-bras sont aussi intéressés. Les paumes des mains sont indemnes, mais sur leur face dorsale on trouve de la rougeur et d'assez nombreuses papules rosées. Sur la face postérieure des avant-bras les papules semblent vouloir se grouper en placards irréguliers, à bords diffus, d'environ deux ou trois centimètres de diamètre. Tout autour d'eux et dans leur intervalle se voient des papules isolées, d'un rouge assez vif, très congestives. Sur la face antérieure des avant-bras l'éruption est moins intense; elle est uniquement composée de papules isolées, moins congestives, ayant une teinte un peu bistre. Sur les bras on trouve quelques papules très disséminées sans aucune systématisation.

Au thorax il y a quelques papules isolées: elles semblent avoir de la tendance à se grouper en placards vers la ligne médiane le long du sternum et vers la naissance du cou. A l'abdomen, aux cuisses, aux jambes existent quelques papules isolées.

L'éruption est prurigineuse, bien qu'elle le soit moins qu'au début.

Dès le 28 octobre, sous l'influence de simples applications d'une pâte inerte, l'amélioration a été manifeste: la face est moins tuméfiée, la malade peut ouvrir les yeux et la rougeur est moins vive. La teinte générale de la figure a de la tendance à devenir un peu bistre, légèrement brunâtre. Il se fait une alopécie sourcilière accentuée qui a débuté par la partie externe des sourcils et qui s'accompagne un peu de desquamation. Les cils sont indemnes.

Le 31 octobre l'enflure du visage a presque complètement disparu: sa teinte est d'un rouge brique tirant sur le jaune. Sur ce fond on distingue encore un semis très serré de papules. Partout ailleurs l'éruption a beaucoup diminué; mais on retrouve encore sur presque toutes ces régions des papules en activité.

Les problèmes que soulève l'étude attentive des éruptions causées par la vanille sont assez ardues à résoudre. Le plus important de tous consiste à savoir si c'est bien la vanille elle-même qui provoque ces éruptions, ou bien si elles proviennent de parasites qui vivent sur elle, ce qui est peu probable, ou bien encore des matières colorantes dont on se sert pour lui donner sa teinte brunâtre, et cette dernière hypothèse paraît au premier abord assez plausible. Nous

pensons, toutefois, que la vanille par elle-même est susceptible de donner lieu à des accidents cutanés. Nous nous proposons d'examiner sérieusement toutes ces questions dans un prochain travail.

Le 7 novembre la malade recommence à travailler à la Villette et à manier de la vanille, et dès le 8 novembre au matin elle a une nouvelle poussée éruptive.

M. HALLOPEAU. — L'éruption de cette malade présente des caractères particuliers. Je crois que toutes les éruptions artificielles produites par des substances diverses ont ainsi un aspect clinique spécial et qui varie selon l'agent provocateur.

M. BROCC. — Il est bien exact que certaines substances peuvent produire dans une certaine mesure des éruptions spéciales, de telle sorte qu'en présence de telle ou telle éruption artificielle on peut reconnaître avec un certain degré de certitude quel en a été l'agent provocateur. Mais les substances toxiques peuvent également donner lieu à des éruptions absolument banales et qui ne permettent pas, par le seul aspect objectif, d'en déterminer la cause.

M. Ed. FOURNIER. — Un certain nombre d'aroidées et d'orchidées ont un suc extrêmement caustique, susceptible de produire des éruptions bien connues des jardiniers. Les gousses de vanille, avant d'arriver à parfaite maturité, laissent suinter à leur extrémité une gouttelette d'un liquide très astringent et peut-être caustique. J'ai même oui dire que les singes, qui détruisent les plantations de vanille, ne s'attaquent qu'aux gousses tout à fait mûres et qui se sont sans doute débarrassées de cette gouttelette caustique.

M. A. FOURNIER. — Il y a de nombreuses espèces de vanille ; il faudrait savoir si toutes ces espèces sont susceptibles de déterminer des éruptions.

M. BROCC. — Nous avons commencé une enquête au sujet de cette éruption produite par la vanille ; nous en donnerons les résultats complets dans un travail ultérieur. Il est possible que la vanille laisse suinter, comme l'a dit M. Ed. Fournier, un liquide caustique ; mais je rappellerai que l'éruption actuelle a été provoquée par la manipulation de gousses absolument desséchées, soit au four, soit à l'étuve.

Il y a, comme vient de le déclarer M. le Président, de nombreuses variétés de vanille. La vanille de Mexico est la plus recherchée et coûte plus cher que les autres ; or, à Boston, la vanille de Mexico ne donne jamais d'éruption ; la même constatation a été faite à Paris. Les accidents cutanés ne sont produits que par des vanilles inférieures, qui conservent mal leur parfum, qui souvent sont teintées avec la noix d'acajou, et qui coûtent beaucoup moins cher, telles que celles provenant de l'île Bourbon, des Seychelles et des Comores.

Dans les ateliers où on manie les gousses de vanille, un contre-maître nous a déclaré que les plus dangereuses semblent être les gousses qui sont déjà en déhiscence.

Radium et rayons X comparés, dans un cas d'épithéliomatose ; utilisation thérapeutique de l'eau radifère et de l'eau radio-activée.

Par MM. WICKHAM et DEGRAIS.

Le malade que nous vous présentons a été traité par MM. Béclère et Belot à Saint-Antoine, pour un épithélioma ulcéré du nez, par les rayons X, et pour trois autres lésions de même nature, deux des mains et une de la région temporale, par le radium, sous notre direction.

Voyons d'abord les résultats obtenus par la röntgénothérapie.

M. M..., Agé de 78 ans, présentait en novembre 1904 une ulcération épithéliomateuse siégeant vers la racine du nez, non loin de l'angle interne de l'œil gauche.

La lésion mesurait environ 1 centimètre de côté.

D'après les notes que M. Belot a eu l'amabilité de nous communiquer, nous voyons que ce malade a été traité du 18 novembre 1904 au 25 mars 1905, soit pendant 4 mois, par la méthode lente ; 5 H. environ à chaque séance au nombre de 14, une tous les 8 jours environ, avec un total de 70 H. absorbées.

Il y a 19 mois que le traitement est terminé.

Aujourd'hui nous constatons une belle cicatrice, lisse, blanchâtre. Une légère dépression existe mais dépend du degré de destruction des tissus par la néoplasie.

La récidive n'offre de tendance en aucun point et les 19 mois écoulés permettent de parler de guérison complète.

La durée du traitement a été de quatre mois ; ce temps peut paraître long, mais ne tient qu'à la méthode employée. Il n'y avait, en effet, nulle urgence à procéder par la méthode rapide. La méthode lente, qui a agi avec une régularité parfaite, était tout indiquée.

Voici donc une observation de plus qui vient confirmer l'action nettement favorable des rayons X sur une ulcération épithéliomateuse. Voyons, maintenant, quels sont les résultats obtenus par les radiations émises du radium sur des lésions analogues.

Sur les conseils de M. Coyon, remplaçant de M. Aviragnet, à Sainte-Périne, M. M... vient nous consulter pour deux épithéliomas ulcéro-croûteux, l'un de la face dorsale de la main droite, l'autre de la main gauche.

La lésion de la main gauche a près d'un centimètre de côté, celle de la main droite est moitié plus petite.

Le traitement consiste en l'application directe, sans interposition d'aucune sorte, d'un appareil à sel collé par un vernis spécial.

L'appareil est plat, sa surface est de 1 centimètre carré et contient 0^{sr},01 de sulfate de radium disséminé. Sa radiation extérieure, mesurée par M. Danne, celle qui pénètre dans les tissus, est d'acti-

tivité 200 000, c'est-à-dire que la conductibilité électrique de l'air déterminée par cette radiation est 200 000 fois plus grande que la conductibilité qui serait déterminée par une quantité égale d'uranium; l'uranium étant pris pour unité de mesure.

Pour l'épithélioma de la main gauche, le traitement radio-actif a commencé le 20 juillet 1906 et la dernière application a eu lieu le 22 août 1906.

Pendant ces 33 jours, il y a eu 14 applications de 1 heure environ chacune, et nous aurions pu certainement écourter ce temps si dès le début nous avions fait tomber la croûte, ce que nous n'avons fait que le 10 août. Il y a, en effet, toujours intérêt à débarrasser les lésions de leur croûte dès le début; celle-ci, la plupart du temps, ne se reproduit pas après la première séance et de ce fait la durée du traitement est raccourcie.

A la main droite, les 14 applications n'ont été que d'une demi-heure chaque.

Le 31 août, les néoplasies avaient disparu, et à cette époque il était permis de constater comme aujourd'hui une cicatrice très belle, très fine, souple, rosée, absolument de niveau avec la peau, en somme à peine visible.

Nous serons, par principe, réservés au point de vue de la résistance de cette cicatrice; mais cependant la façon dont elle se comporte depuis 2 mois et demi et l'admirable netteté de son aspect assurent l'absence de récurrence.

En comparant, d'une part, les cicatrices obtenues par les rayons X, et, d'autre part, la durée des traitements suivis, il paraît bien évident que le radium n'a rien à envier aux rayons X.

Ce fait étant établi, ce malade, chez qui nous avons pu faire un parallèle intéressant entre la röntgénéthérapie et la radiumthérapie, a permis à l'action du radium d'être mise plus encore en valeur. Voici dans quelles circonstances.

Lorsque M. M... était venu nous trouver pour ses mains le 20 juillet, il avait à la région temporale gauche une petite saillie, sorte de tanne avec un point noir au centre. Le 28 juillet, cet élément s'était un peu développé et durci.

A partir de cette date, il se fait une *poussée évolutive intensive* au point que le 6 septembre, lorsque nous revoyons le malade, il y a à la tempe une véritable tumeur saillante, rouge, molle, saignant facilement et recouverte d'une grosse croûte. La tumeur s'est épanouie hors de l'élément séborrhéique initial, dépassant de près de 2 centimètres à 2 centimètres et demi la peau, s'étalant sur un diamètre de 3 à 4 centimètres, son pédicule mesurant 2 centimètres de large.

Nous nous trouvons en présence d'un épithélioma à évolution

suraiqué. Les ganglions sont indemnes. Il est donc important d'obtenir un résultat rapide ; sinon, sans tarder il faudrait avoir recours à la chirurgie.

Dès après la première application de radium, la croûte enlevée ne se reproduit plus. Il se forme simplement une sorte de magma facile à enlever avant chaque nouvelle séance. Si bien que telle avait été l'évolution proliférante, telle est aussi la marche rapide vers la guérison.

Le 9 octobre, il ne restait plus qu'une légère croûte, plus de saillie, et le 15 octobre la cicatrisation est obtenue.

C'est donc à une véritable fonte de la tumeur que nous avons assisté, et si nous ne pouvons encore affirmer une guérison totale, les faits étant trop récents, il nous suffit de comparer la photographie (1) prise le 9 septembre à ce que nous voyons aujourd'hui pour reconnaître qu'il y a eu dans le cas présent une action vraiment stupéfiante du radium.

Pour obtenir ce résultat, il nous a suffi, du 7 au 29 septembre, de 13 applications directes de 1 heure chaque.

Nous avons employé un appareil à sel collé, contenant 0^{gr}.04 de sulfate de radium disséminé sur une surface de 4 centimètres de diamètre. La radiation extérieure pénétrante est d'activité 50 000 avec absence de rayons α , 85 à 90 p. 100 de rayons β , et 10 à 15 p. 100 de rayons γ .

Voici de beaux résultats à l'actif d'un des appareils de radium. Il serait intéressant de savoir s'il existe une forme plus économique sous laquelle le radium déterminerait des guérisons analogues. Nous cherchons à atteindre ce but par l'emploi de l'eau radifère en injections, depuis que l'observation suivante est venue nous encourager dans cette voie.

En juillet dernier, notre maître M. Hallopeau nous prie d'essayer l'action du radium sur un lupus de la région cervicale rebelle à toute une série de traitements.

En raison de l'étendue et de la distribution des lésions, en raison de leur nature même, nous avons de suite, après examen du malade, écarté l'idée d'utiliser les applications directes des rayonnements émis par les appareils à radium. Ces appareils, en effet, auraient été en l'espèce peu pratiques ; de plus, le vernis que contient le radium retient la *totalité de l'émanation* et ne laisse passer que peu de rayons α .

Avec l'eau radifère, nous avons un excellent moyen, par le procédé des injections intradermiques, de faire agir en tous points dans la profondeur des tissus lupiques, en plus des rayons β et γ .

(1) WICKHAM. Notes sur le Radium en thérapeutique. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, octobre 1906.

des rayons α (agents bactéricides comme l'ont montré les travaux de divers auteurs ainsi que nos propres recherches (1)).

L'eau radifère est une solution de bromure de radium dans de l'eau distillée. Le sel de radium en solution émet directement, mais en faible quantité, des rayons α , β , γ ; de plus, et c'est là son principal avantage, il émet de l'émanation qui donne des rayons α et crée des radio-activités induites, lesquelles rayonnent à leur tour α , β et γ .

D'après cela, on conçoit que l'eau radifère, ainsi dénommée *radifère* parce qu'elle contient du radium en nature, est en même temps *radio-activée*, par radio-activité induite, c'est-à-dire par l'émanation du radium qu'elle contient.

Il est juste de dire, que si, d'une part, de telles solutions permettent d'utiliser tous les rayons α disponibles, d'autre part la radiation totale en est très minime, ces solutions ne pouvant nécessairement contenir que de faibles proportions de radium.

La méthode des injections intradermiques d'eau radifère n'ayant jamais encore été employée, il était prudent, par crainte de réactions locales ou générales trop vives, de n'entreprendre le traitement tout d'abord qu'avec des doses particulièrement faibles.

La première solution que nous avons employée comportait un milligramme de bromure de radium pour 1000 centimètres cubes d'eau distillée. Plus tard, la solution fut de 1 milligramme de Br. de radium pur pour 100 centimètres cubes d'eau. Un centimètre cube contenait donc dans le premier cas un microgramme, c'est-à-dire un millionième de radium pur, et dans le second un centmillième de radium pur.

Voici, d'après une note de M. Danne, la valeur approximative de ces solutions ;

« Un centimètre cube de ces solutions émet peu de rayons β et γ , mais surtout des rayons α . Il contient pour la première solution 0,0008 gramme-heure d'émanation (quantité plusieurs millions de fois plus grande que la quantité contenue dans les eaux radio-actives naturelles), et pour la seconde plus forte 0,008 gramme-heure d'émanation. Il contient de plus les radio-activités induites correspondantes rayonnant α , β , γ . Ces solutions, quoique faibles, agissent d'une façon continue ; la production d'émanation est constante et est égale à $\frac{0,0008}{3600}$ par seconde pour la première solution, et à $\frac{0,008}{3600}$ pour la deuxième. »

Les injections ont été faites à raison de deux séances par semaine en moyenne. Nous avons injecté de 1 à 2 centimètres cubes de la pre-

(1) WICKHAM, déjà cité.

mière solution à chaque séance (il y en eut douze, du 20 juillet au 30 septembre). A partir de cette époque jusqu'à ce jour, nous avons injecté dix fois 1 à 2 centimètres cubes de la seconde solution.

Les opérations ont toutes été rendues indolores par l'addition de quelques grains de chlorhydrate de cocaïne.

Au cours de ces trois mois de traitement, il ne s'est pas produit de réaction générale.

Localement, à plusieurs reprises la production d'une desquamation a été observée. Il n'y a pas eu pour ainsi dire de réaction locale. L'amélioration des tissus lupiques s'est faite d'une façon lente et régulièrement progressive. C'est principalement la diminution des épaississements de la profondeur qui s'est marquée tout d'abord.

Ce résultat favorable et la simplicité de la méthode qui permet d'atteindre les tissus morbides dermiques en tous points et avec action prépondérante des rayons α sont tout à l'avantage de l'eau radifère, mais nous avons déjà commencé l'emploi d'une méthode plus simple encore, et peut-être plus efficace : c'est l'utilisation d'eau non *radifère*, mais simplement *radio-activée*. Les eaux radio-activées apparaissent comme de grand avenir, surtout celles qui seront fortement activées par condensation par l'air liquide.

Avec la méthode des injections, étant donnée la rapidité avec laquelle l'eau injectée dans les tissus est absorbée par le torrent lymphatique et, par suite, la courte durée du contact des rayonnements avec les tissus, il suffirait pour le meilleur traitement de pouvoir agir fréquemment avec des rayons aussi puissants que possible sans qu'il fût nécessaire que cette énergie radio-active soit de longue durée.

Or l'eau simplement radio-activée peut remplir ces conditions. Elle est obtenue par la mise en contact de l'eau avec l'émanation d'un sel de radium, mais ne contient pas de radium. La radio-activité qui lui est ainsi conférée peut être rendue très forte, d'autre part elle se perd vite en quelques minutes. Ces diverses qualités font de l'eau simplement radio-activée, pourvu qu'elle soit condensée, un moyen *énergique, économique*, et, qui plus est, rassurant, s'il était nécessaire, en ce qui concerne les réactions générales.

De la technique employée pour le traitement de ce cas rebelle de lupus, il résulte que, si par le moyen de l'eau radifère, même à faibles doses, des résultats favorables ont pu être obtenus, on possédera, selon toute apparence, soit par la combinaison des injections d'eau radio-activée condensée, avec les applications directes des rayonnements émis par les appareils à radium, soit par l'eau radio-activée seule, des méthodes de thérapeutique utiles.

On voit par ce qui précède que la radiumthérapie, d'une part, a fait un pas hors de l'empirisme et qu'elle s'éloigne, d'autre part, de la

röntgénéthérapie, puisque des résultats ont été obtenus sous une forme (eau radifère) et avec des rayons (alpha) inconnus de la thérapeutique des rayons X.

M. DANLOS. — Les résultats favorables obtenus par l'emploi du radium dans le cancer cutané sont connus déjà depuis un certain temps.

Dans la séance supplémentaire du 15 mars dernier (1), j'ai moi-même indiqué, à propos de l'épithélioma perlé et de l'acné cancroïdale, qu'après avoir traité avec succès par le radium une trentaine de cas de ces maladies, je considérerais leur thérapeutique par le radium comme la méthode de choix.

Je me servais d'une substance d'activité 300 000 enfermée entre 2 lames métalliques, l'une épaisse de cuivre pour protéger l'opérateur et donner de la solidité à l'appareil, l'autre très mince en aluminium (diamètre 1 centimètre 1/2 environ). L'appareil ne fournissait évidemment pas de rayons α mais simplement des rayons β (cathodiques) et γ (R. X) dans la proportion de 80 p. 100 pour les premiers et 20 p. 100 pour les seconds (Curie). Au lieu de faire des applications courtes et répétées, je maintenais le disque radiant 2 à 3 heures à la surface de la peau. Quelquefois il ne se produisait sur la surface traitée qu'un peu de rougeur, plus fréquemment une exulcération peu ou point douloureuse, et le cancroïde régressait. Il m'est arrivé de réussir avec une seule application; plus souvent j'en ai fait deux, à 3 ou 4 semaines d'intervalle. La guérison ainsi obtenue se maintenait généralement après quelques mois (je ne puis dire toujours, n'ayant pas revu tous les malades) et quand il se faisait, ce qui est fort commun dans ce cancroïde, une récédive de la maladie, ce n'était pas aux points traités.

Quant au traitement par la radio-activité induite, je rappellerai pour mémoire que j'ai, il y a 2 ans déjà, signalé théoriquement ses avantages (2), en m'appuyant sur les mêmes arguments que M. Wickham. Comme lui j'indiquais l'utilisation possible de la médication hypodermique; je mentionnais même l'emploi non seulement de l'eau chargée d'émanation, mais aussi celui de l'air rendu radio-actif; en signalant, d'après des expériences de Bohn, qu'on ne devrait entrer qu'avec quelques précautions dans cette voie thérapeutique.

M. HALLOPEAU. — M. Wickham a, sur ma demande, traité par le radium un lupus datant de plus de 12 ans et qui jusqu'ici avait résisté partiellement à tous les traitements. Je tiens à déclarer que les résultats obtenus sont très encourageants.

M. DANLOS. — Le sujet dont parle M. Hallopeau est un vieux lupique qui a séjourné un peu dans tous les services. Je l'ai eu il y a quelques mois dans le mien, et sans contester absolument l'optimisme de M. Hallopeau, je le trouve peu justifié.

M. BELOT. — Le malade présenté par M. Wickham a déjà eu un épithélioma

(1) *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1906, p. 205.

(2) *Bulletin des sciences pharmacologiques*, février 1904.

que nous avons guéri par la radiothérapie ; je suis heureux de constater que la cicatrice est parfaite et qu'il n'y a pas de récurrence locale. Les résultats obtenus par le radium sont très intéressants, mais je crois que les rayons X auraient donné un résultat équivalent. La durée du traitement ne peut être mise en cause puisque le dernier traitement a exigé 13 applications d'une heure chacune ; tandis que la guérison du premier épithéliome par les rayons X avait demandé 15 séances de 10 minutes chaque.

Le radium et les rayons X sont faits pour s'aider ; on peut compléter la radiothérapie par l'application du radium dans les points peu accessibles aux rayons X.

A cette occasion, je soumetts à l'examen de la Société un certain nombre d'appareils que j'ai fait construire pour les applications de radium.

M. BÉCLÈRE. — Les ampoules radiogènes émettent un mélange de rayons pénétrants et de rayons peu pénétrants, qu'on peut déterminer à l'aide d'un radiochromomètre de Benoist. Or les sels de radium donnent également un mélange de rayons, désignés sous le nom de rayons α , β et γ , qu'on peut aussi déterminer par le radiochromomètre de Benoist.

Je ferai remarquer que ces sels de radium qui se montrent si actifs sur les lésions superficielles, sont très inférieurs aux rayons de Röntgen quand il s'agit de lésions tant soit peu épaisses ; leur grand avantage est de pouvoir être employés sur des points difficilement accessibles aux rayons X.

M. WICKHAM. — Il ne faut pas que ceux d'entre nous qui étudient plus spécialement une méthode thérapeutique — je parle pour moi — se laissent entraîner au défaut des spécialisations. Il ne faut jamais perdre de vue le malade et son meilleur bien.

Les rayonnements du radium n'ont aucunement la prétention de porter atteinte aux rayons X ; ils viennent développer les moyens d'action des praticiens ; et ceux qui ne posséderont pas les rayons X, pourront employer le radium avec avantage dans certains cas. D'autre part, les rayonnements radio-actifs pourront utilement, en certaines circonstances, unir leur action à celle des rayons X en allant agir dans des régions où les rayons X ne peuvent aller.

Certaines lésions seront, nous le pensons, plus vite et mieux traitées par le radium.

Bref, il y a là deux méthodes qui seront meilleures l'une que l'autre dans certains cas, et qui dans d'autres pourront utilement s'unir.

Je ne pense pas que l'expression de M. Béclère qui considère le radium comme uniquement une « édition de poche » des rayons X soit entièrement justifiée.

La physique nous montre en effet que le radium dispose, par l'émanation et les rayons α et β , d'énergies inconnues aux rayons X. Pourquoi les réactions biologiques ne différeraient-elles en proportion de ces dissemblances physiques ?

En ce qui concerne le reproche fait au radium de ne pouvoir exercer son action que sur des étendues restreintes, je rappellerai que d'une part le même appareil peut être promené sur un grand nombre de places contiguës, — voilà pour les étendues en surface — et que, d'autre part, les injections de

solutions radifères ou radio-activées condensées par l'air liquide peuvent aller déposer les rayonnements dans les tissus sous-cutanés et plus loin encore, — voilà pour les étendues en profondeur.

Traitement des chéloïdes par l'ablation suivie de la radiothérapie.

Par MM. DE BEURMANN, NOIRÉ et GUGEROT.

On sait quelles difficultés l'on rencontre dans le traitement des chéloïdes ; trop souvent une récurrence vient démentir l'espoir trop tôt émis d'une guérison complète. Pourtant leur non régression spontanée (1), les douleurs lancinantes souvent très vives, la gêne dans les mouvements, font désirer une thérapeutique efficace. Après plusieurs mois d'essais nous n'hésitons pas à dire, qu'en l'état actuel des choses, l'ablation suivie de radiothérapie est le traitement de choix des chéloïdes, puisqu'elle supprime la récurrence et donne une cicatrice souple et non douloureuse. La chéloïde est ainsi traitée comme une tumeur maligne, par ablation chirurgicale aussitôt suivie de radiothérapie. Il est nécessaire de combiner l'exérèse et la radiothérapie. En effet, l'exérèse seule, même large et avec autoplastie, ne met pas à l'abri de la récurrence (notre 3^e malade) et la radiothérapie seule amène une régression notable mais non la guérison (1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e malades). Plus encore qu'ailleurs la mesure exacte des radiations s'impose ici, car un essai nous a montré que deux teintes du radiomètre Sabouraud-Noiré faisaient naître la chéloïde sur la peau jusque-là saine qui environnait une chéloïde traitée par cette dose trop forte.

Notre technique sera donc :

1^o *Ablation chirurgicale, l'incision ne portant pas à plus de 2 ou 3 millimètres de la chéloïde, sutures* (l'autoplastie est le plus souvent inutile en raison du peu de peau saine enlevée avec la chéloïde).

2^o *Première séance de radiothérapie d'une teinte* (du radiomètre Sabouraud-Noiré) *immédiate ou dans les premières 24 heures au plus tard. — Deuxième séance d'une teinte 15 jours après. — Troisième et dernière séance d'une teinte 15 jours après la deuxième.*

(1) Il faut faire la distinction des chéloïdes et des cicatrices hypertrophiques chéloïdiformes (où la formation fibreuse reste strictement limitée à la cicatrice sans envahir le tissu sain environnant). Les cicatrices hypertrophiques guérissent le plus souvent, après quelques mois. Nous tenons de M. Ménard, que presque toutes les cicatrices cervicales d'ablation de ganglions tuberculeux deviennent chéloïdiformes 3 à 4 mois après l'incision et guérissent spontanément en 18 à 24 mois. Il est d'ailleurs tous les intermédiaires entre ces chéloïdes et ces cicatrices (De Beurmann et Gougerot, *Annales*, 1905, p. 967), nous croyons à une même pathogénie infectieuse souvent tuberculeuse.

OBSERVATION I. — M..., salle Lorry. *Chéloïdes énormes des deux mains* remontant sur le poignet, survenues il y a 5 ans à la suite de brûlure. Tout avait été essayé chez cette malade depuis 3 ans : chaque ablation avec suture était suivie de récurrence le mois suivant ; les scarifications superficielles ou profondes, très douloureuses, nécessitaient la chloroformisation ; répétées pendant 3 ans, elles n'avaient amené qu'une régression peu marquée et de certains points seulement ; l'abrasion au rasoir suivie de scarifications n'avait pas été plus heureuse ; la radiothérapie seule à 3 doses de une teinte provoque la régression notable de plusieurs points, mais non la guérison. Une irradiation de « deux teintes » fait naître en peau saine autour de la chéloïde ainsi traitée une ébauche de tissu chéloïdien.

On combine l'exérèse et la radiothérapie : au bout de 10 mois nous attendions encore la récurrence, alors que régulièrement cette repullulation suivait l'ablation de 3 à 4 semaines. Deux chéloïdes sont ainsi traitées avec succès chez cette femme, mais l'espoir d'une indemnité (l'accident étant un accident du travail), lui fait refuser un traitement aussi radical des autres points.

Obs. II. — H... *Large chéloïde de l'épaule* à la suite de brûlure, d'environ 8 à 10 centimètres et avec 5 prolongements et traînées chéloïdiennes.

On commence par la radiothérapie seule : 3 teintes en séances à 15 jours d'intervalle amènent une régression. Puis la lésion reste stationnaire malgré les deux séances suivantes, toujours à 15 jours d'intervalle et de une teinte chacune.

Le malade se repose 2 mois ; on fait l'ablation totale et immédiatement après 1 teinte, puis 1 teinte 15 jours après, et une dernière teinte 15 jours après la 2^e. Pas de récurrence 5 mois après.

Obs. III. — P... *Chéloïdes multiples secondaires à des syphilides ulcéreuses* (malade déjà présenté à la Société, décembre 1905. *Annales*, p. 963). L'ablation avec autoplastie de plusieurs chéloïdes de la tête avait été suivie d'une récurrence lente à se reproduire et incomplète d'ailleurs.

La radiothérapie seule en 3 séances de 1 teinte amène une régression et diminution des douleurs (1).

L'ablation d'un large élément de l'avant-bras très douloureux, suivie de radiothérapie, 3 séances de 1 teinte, n'est pas suivie de récurrence 6 mois après. On traite ainsi avec succès 2 autres éléments particulièrement douloureux.

Obs. IV. — *Chéloïde de l'avant-bras et du coude droit à la suite de brûlure* (malade que M. Jeanselme, au courant de nos essais, a eu l'obligeance de nous envoyer).

Les chéloïdes enveloppent le coude en avant et en arrière, la chéloïde antérieure, la plus grosse des deux, est enlevée chirurgicalement le 20 avril ; la suture, difficile, ne tient pas ; les jours suivants les lèvres s'écartent, et l'on a ainsi par accident une plaie de toute la largeur de la chéloïde enlevée. La radiothérapie a été faite suivant la règle établie par les autres cas (3 séances) ;

(1) L'électrolyse et la haute fréquence essayées sur d'autres éléments chéloïdiens de ce même malade n'ont pas donné de résultats appréciables.

la cicatrisation de cette large surface cruentée est lente et terminée à la fin de juin, la cicatrice encore tendue est souple et surtout la malade n'y ressent pas les élancements et douleurs qui la tourmentent aux autres chéloïdes, et qui annoncent toujours la récurrence. Malgré la date encore toute récente, nous sommes donc en droit d'espérer une guérison complète, et le fait est d'autant plus intéressant que l'ablation fut sans sutures et laissa une large plaie. On peut donc espérer de bons résultats même des cas où les chéloïdes seront si étendues que la suture serait impossible, à moins d'une autoplastie compliquée, où les lèvres de la plaie seront laissées écartées, et la cicatrisation forcément lente.

La radiothérapie appliquée en même temps sur la chéloïde postérieure non encore enlevée en a amené la régression incomplète, mais les douleurs persistent.

On voit, en résumé, que l'exérèse combinée à la radiothérapie semble avoir donné des résultats durables, et que ce traitement simple et facile, *rapide et peu douloureux*, est la méthode de choix.

Notes complémentaires sur l'évolution de la radiodermite chronique.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Ce malade, après une longue période de radiodermite chronique, étudiée ici même (décembre 1903, p. 964) 7 ans après le début des radio-expositions, 38 mois après leur cessation a vu se greffer sur cette radiodermite un épithélioma (1^{re} note).

La pièce opératoire a été l'objet d'une minutieuse étude histologique; elle a permis de fixer l'anatomie pathologique de la radiodermite chronique (2^e note) jusqu'ici encore peu étudiée chez l'homme et de surprendre la transformation insensible de la radiodermite en cancer (3^e note). Cette transformation a une haute portée en pathologie générale, car elle semblerait prouver qu'une irritation physique non parasitaire suffit à créer le cancer.

L'étude de la radiodermite chronique nous paraît maintenant aussi complète que possible : seule manque encore la reproduction expérimentale de l'épithéliomatisation sur l'animal.

1^{re} NOTE. — CANCER CUTANÉ À LA SUITE DE RADIODERMITE PROFESSIONNELLE.

Ces faits, encore rares, commencent à être connus : plusieurs auteurs en font mention. Brocq cite la tendance à l'épithéliomatose des productions verruqueuses (1). Belot rapporte (p. 153 de sa

(1) Il cite la statistique de Mendes da Costa observant sur 71 lupus radio-exposés 7 épithéliomas consécutifs (*Revue des maladies cutanées syphilitiques et vénériennes*, juillet 1905, p. 224). Ces cas n'ont pas la même valeur que l'épithélioma sur radiodermite professionnelle, car on sait que parfois sur le lupus se greffe l'épithélioma.

thèse) que M. Brocq « a bien voulu nous communiquer deux cas d'épithéliomas cutanés survenus chez des médecins s'occupant de radiologie ». M. Sabouraud écrit dans sa *Dermatologie topographique*, p. 393 : « Deci, de là naît un état verruqueux plus ou moins accusé de la peau, *épithélioma* ordinairement torpide, mais qui a pu obliger à une intervention chirurgicale et à l'ablation d'un ou plusieurs doigts. »

M. Thibierge, M. Sottas disent en avoir observé (*Annales de Dermatologie*, 1905, p. 961 et 962).

Ce sont des mentions de fait plutôt que des observations. L'examen histologique n'a pas toujours été fait, et en son absence le doute est permis, il faut se rappeler avec M. Darier l'aspect pseudo-épithéliomateux de certaines ulcérations radiodermiques, l'histologie réprouvant les craintes de la clinique.

Dans leur remarquable étude de la radionévrite (Congrès de Dermatologie, Berlin, 1904, II, p. 437), Gaucher et Lacapère rapportent des observations détaillées de cancer sur radiodermite : Obs. I. — « En d'autres endroits se formaient de petits papillomes qui se recouvraient d'une croûte épaisse et adhérente. Lorsque le malade arrachait ces croûtes, les ulcérations ainsi formées ne se cicatrisaient qu'avec une grande lenteur. Depuis 10 mois, il existe sur le dos de l'index droit une plaie qui présente l'aspect typique de l'épithélioma. C'est à la suite d'un traumatisme accidentel que l'ulcération s'est formée. Elle s'est depuis cette époque, agrandie peu à peu. Ses bords sont infiltrés, durs, cartilagineux même ; son fond est bourgeonnant et laisse suinter une sérosité qui devient rapidement fétide. » En juillet 1904 on ne constatait pas d'adénopathie ; en décembre 1904, l'ulcération s'est encore étendue et le ganglion épitrochléen est pris.

Dans leur observation résumée en note : « Depuis quelques mois, à la suite d'une radiodermite datant de 7 ans, l'extrémité de l'index droit est atteinte d'une ulcération bourgeonnante qui a rongé l'extrémité de la phalangette et qui présente, comme l'ulcération du malade précédent, tous les caractères de l'épithélioma. »

OBSERVATION. — Ce malade a déjà été présenté en décembre 1903 à la Société de Dermatologie ; il avait usé et abusé de radiographie de mars 1898 à décembre 1902, les mains restant pendant plus de 18 mois exposées de 6 à 8 heures par jour aux radiations. Nous le suivons depuis janvier 1904 et nous avons pu fixer les stades principaux de l'évolution de cette radiodermite : 1^{re} phase de dermite artificielle (coup de soleil radiographique), 2^e phase de troubles trophiques et névritiques définitifs par radionévrite ; malgré la cessation de toute radio-exposition depuis plus de trois ans, les troubles persistent.

Ces troubles trophiques créent les ulcérations ou plutôt favorisent les infections qui sur ce terrain spécial aboutissent à des ulcérations profondes

très lentes à guérir ; nous avons pu surprendre le début de plusieurs d'entre elles, les suivre de jour en jour et les voir toutes se cicatriser sauf celle du 5^e doigt gauche (moulage 2448 : oct. 1905). Cette ulcération creuse dénude le tendon extenseur, le détruit, ouvre l'articulation des 3^e et 2^e phalanges que l'on voit béante et pleine de pus ; alors que sa partie supérieure se cicatrise, elle s'étend à la partie inférieure. L'extrême lenteur de l'ulcération, son extension à la partie inférieure nous font conseiller l'ablation au malade, qui, effrayé par un exemple trop connu, s'y refuse obstinément. Nous revoyons le malade environ tous les 15 jours, quand en février 1906 l'aspect de cette ulcération se modifie. Jusque-là elle était creuse, le fond était presque plat, un peu tomenteux et pseudo-membraneux, le bord dur, taillé à pic, était rouge violacé ; à ce moment, 7 ans après le début des radio-expositions, 38 mois après leur cessation, la partie inférieure autour de la sertissure unguéale se met à bourgeonner. Peu à peu les bourgeons irréguliers s'accroissent lentement, rosés, saignants, et saillants.

En avril 1905, toute l'extrémité inférieure de la 3^e phalange du 5^e doigt est bourgeonnante, les bourgeons irréguliers et saillants, durs, enveloppent la sertissure de l'ongle qui semble perdu au milieu d'eux, ils remontent jusqu'à la partie inférieure de la 2^e phalange, envahissant toute la face dorsale de l'extrémité du doigt, la partie supérieure de l'ulcération semble cliniquement indemne, conservant ses caractères primitifs d'ulcération creuse pseudo-membraneuse, histologiquement cette partie est déjà envahie. La face palmaire est saine. Les ganglions sus-épitrochléens et axillaires ne sont pas palpables. C'est le cancer cutané le plus typique que l'on puisse voir cliniquement et histologiquement.

Le 25 avril 1906, le malade s'y étant décidé, l'amputation du 5^e doigt et de la moitié inférieure du 5^e métatarsien est pratiquée par Rabinowitch, interne du Dr Rochard. Malgré le peu de vitalité du lambeau (radionévrite) la cicatrisation est rapide. Le malade, revu à plusieurs reprises, paraît guéri de son épithéliome (novembre 1906).

Mais les autres lésions de radiodermite chronique persistent sans modification, immobilisées, semblant définitives, toutes les ulcérations infectieuses ou nécrotiques sont cicatrisées.

Qu'il s'agisse ici de cancer, le fait est pour nous incontestable, *l'identité clinique et histologique absolue avec les cancers cutanés à type d'épithélioma pavimenteux lobulé* en est la preuve. Cliniquement et histologiquement c'était l'épithélioma le plus typique que l'on puisse voir : les coupes que nous présentons ne laissent aucun doute. Et tous les histologistes à qui nous les avons montrées ont été sans hésitation : Bourgeons cancéreux énormes à globes épidermiques et monstrueux envahissant toute l'épaisseur des doigts, formant des nappes lobulées de 20 à 35 millimètres, envahissant l'ongle, l'os, les tissus profonds, cheminant autour des vaisseaux et nerfs et que nous retrouvons au loin sous forme d'embolies cellulaires dans quelques lymphatiques des parties non cancéreuses sus-jacentes atteintes de radionévrite.

L'absence d'envahissement ganglionnaire et de métastases ne saurait être une objection, car les observations d'épithéliomas cutanés pavimenteux à généralisation se comptent et jamais on a refusé la nature cancéreuse à ces tumeurs parce qu'elles n'embolisent pas.

Rien ne distingue celles qui embolisent de celles qui ne le font pas. Ici dans ce cas ne voyons-nous pas les *capillaires lymphatiques envahis, loin du cancer, par les cellules épithéliomateuses*, ce qui est la marque du début de la généralisation? Donc, à moins de refuser aux épithéliomas qui ne se généralisent pas (et certains, impossibles à distinguer, se généralisent) l'épithète de cancer, l'épithélioma, que nous avons observé, est un cancer. Dominici, qui nous a aidés à examiner ces préparations, admet que cette tumeur est incontestablement un épithélioma lobulé corné.

Nul doute qu'un jour, un cas négligé d'épithélioma à la suite d'une radionévrite ne vienne, en se généralisant, faire tomber toutes ces objections, et M. Bécclère le jour même de la séance a bien voulu nous communiquer un cas de récurrence et généralisation.

Nous avons donc émis, à la suite de cette observation, les conclusions suivantes sur l'évolution de la radiodermite chronique :

La radiodermite professionnelle grave passe par deux périodes:

1° *La première de dermite, caractérisée par la tuméfaction, l'épaississement, l'exagération des plis cutanés, la desquamation craquelée (moulage 2 384), susceptible de régression et curable.*

2° *La deuxième de troubles trophiques radionévritiques, lésions définitives incurables, caractérisées par l'atrophie lisse des téguments avec disparition des plis cutanés par un mélange d'érythème, de dilatations capillaires, de places décolorées blanches, de taches brunâtres, hyperpigmentées, de desquamation imperceptible, sauf en certains points où l'épiderme épais, caillouteux, incruste la peau (1).*

Cette deuxième période de troubles névritiques peut être compliquée d'ulcérations, les unes d'origine microbienne, les autres nécrotiques par endovascularite oblitérante, très longues à guérir.

3° *L'épithélioma pavimenteux lobulé peut s'y greffer, ajoutant encore au sombre pronostic des radiodermes professionnelles. Cliniquement et histologiquement il ne se distingue pas des autres épithéliomas cutanés. Le cancer a même tendance à rester localisé, aussi peut-on*

(1) L'analogie relevée entre les troubles trophiques de la 2° période (radionévrite) et le *xéoderma pigmentosum* semble se compléter par l'addition de ces dégénérescences épithéliomateuses.

espérer qu'une opération large et précoce mettra à l'abri de récidence et des métastases que l'on sait si rares dans l'épithélioma pavimenteux lobulé de la peau.

Tel est le fait clinique et anatomique, pour nous incontestable : développement d'un cancer cutané (épithélioma pavimenteux lobulé) à la suite de radiodermite chronique.

Il prête à plusieurs réflexions et discussions :

Quel est le rapport unissant la radiodermite et l'épithélioma ?

Est-ce simple coïncidence ? Est-ce prédisposition ? l'irritation chronique créant un terrain favorable à la cause encore inconnue, microbienne (coccienne, mycosique) ou non, qui crée le cancer ? Ici on pourra toujours prétendre qu'il y a eu surinfection de l'agent du cancer. — La radiodermite peut-elle créer de toutes pièces par elle seule l'épithélioma ? C'est ce que l'histologie nous inclinerait à penser en nous montrant tous les stades de transformation de l'épithélium lésé de la radiodermite en cancer, en passant par l'intermédiaire du papillome. (Voir 3^e note.)

Le papillome est une des lésions habituelles de la radiodermite ; ce sont des épaissements de la couche cornée se traduisant par des incrustations gris sale « caillouteuses ». La plupart des auteurs les signalent, elles sont particulièrement nettes dans notre cas, dans le cas de Gaucher, dans le cas de Jeanselme (*Annales de Dermatologie*, 1905, p. 962 ; *Tribune médicale*, 1905, p. 823). « En plusieurs points, dit cet auteur, la peau normale et les flots ectasiés sont surmontés de petits placards cornés verruqueux et papillomateux. »

Nous aurions tendance à admettre, jusqu'à preuve du contraire, puisque tout est pour cette hypothèse, que *l'irritation physique röntgénienne longtemps prolongée suffit à provoquer l'atypie cellulaire monstrueuse* de l'épithélioma (1).

L'épiderme épaissi dans la radiodermite chronique, papillomateux en plusieurs points, évolue lentement, peu à peu vers l'atypie : à chaque karyokinèse la cellule s'éloigne du type harmonieux naturel, se rapproche de la cellule monstrueuse par une sorte d'accumulation lente et progressive des effets irritatifs. Ce point est d'importance capitale s'il venait à se confirmer, puisqu'il prouverait qu'une irritation mécanique quelconque (ici physique) suffit au développement du cancer, il ruinerait la théorie microbienne exclusive du

(1) Pour Dominici ce fait « démontre une fois de plus que des irritations chroniques prolongées de nature différente appellent le développement de tumeurs malignes de même type. L'évolution maligne est-elle directement causée par les rayons X ou préparée par leur action ? C'est là une question de Dominici qu'on ne peut pas trancher. »

cancer et confirmerait les idées de M. Ménétrier exposées dans cet article magistral si lumineux du *Traité de pathologie générale* de Bouchard, sur la multiplicité et la non spécificité des causes des cancers.

2° NOTE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA RADIODERMITE CHRONIQUE
(En collaboration avec M. Dominici.)

Travail du laboratoire du Dr Sabouraud.

Cette étude est, croyons-nous, la première étude complète d'un cas de radiodermite *chronique humaine* avec examen des plans *profonds*, en particulier des paquets vasculo-nerveux.

Elle nous a été possible grâce à l'ablation large du cancer, la pièce comprenant le 3^e doigt et la moitié inférieure du 5^e métacarpien. Les fragments examinés étaient : l'extrémité de la raquette opératoire, c'est-à-dire le milieu du dos de la main et la partie toute supérieure du revêtement cutané de la 1^{re} phalange, toutes deux les plus éloignées du cancer; ces lésions diffèrent des radiodermes aiguës et se rapprocheraient des troubles trophiques névritiques. Elles s'éloignent des processus inflammatoires.

L'épiderme est épaissi, surtout dans sa couche cornée et granuleuse et augmente peu à peu à mesure que l'on rapproche de l'extrémité digitale, le derme et la couche sous-papillaire sont plus *denses* et paraissent amincis avec légère atrophie des fibres élastiques : le derme et l'hypoderme sont parcourus de *traînées cellulaires* périvasculaires successivement étroites et renflées tranchant en bleu sur le fond conjonctif rose vif du stroma; cette infiltration est très discrète, elle résulte de la transformation lymphoïde du tissu conjonctif; les vaisseaux sanguins, artères et veines sont atteints de *mésovascularité* intense, plus marquée encore pour les gros vaisseaux de l'hypoderme que pour les petits vaisseaux du derme; les capillaires lymphatiques du derme sont dilatés; les nerfs sont le siège de *péri et endonévrite* interstitielle intense avec atteinte moins marquée des fibres nerveuses (névrite parenchymateuse). Donc névrite totale.

Cette constatation histologique des lésions vasculaires et surtout nerveuses (1) éclaire la pathogénie de la radiodermite chronique apportant la preuve de la *radionévrite* soutenue par le Prof. Gaucher (1904) et que l'étude clinique nous avait amené à adopter (*Annales*, 1905, p. 961). Les lésions du deuxième stade de la radiodermite chronique sont donc avant tout des troubles trophiques d'origine

(1) Ces lésions ont été constatées loin de l'épithélioma à 3 et 4 centimètres de son bord supérieur et semblent bien n'être pas des lésions dues au cancer.

nerveuse (névrite de rameaux terminaux lésés en même temps que le tégument par les radiations).

(Fixation au sublimé iodé et à l'alcool. Coloration à l'éosine orange-bleu ; à l'hématoxyline-éosine-orange ; Van Gieson ; orcéine-éosine-bleu-tannin-orange ; bleus ; Prenant.)

Épiderme : L'épiderme semble plutôt épaissi, le stratum corneum, le stratum granulosum sont épaissis (5 à 6 rangées de cellules granuleuses), le stratum lucidum se détache plus nettement que normalement par sa teinte orangeophile entre le stratum corneum éosinophile et le stratum granulosum à grains basophiles. Les cellules de la couche de Malpighi s'hypertrophient et celles de la germinative sont en certains points au moins plus cylindriques que normalement.

Donc légère hyperkératose sans parakératose ; pas d'exocytose ni d'exosérose.

Les *papilles* ont une structure plus dense, les faisceaux conjonctifs sont épaissis et rapprochés les uns des autres, les fibres élastiques paraissent plus grêles, les cellules fixes sont hypertrophiées : leurs noyaux se tuméfient tout en conservant une texture délicate, certains deviennent bourgeonnants. Les capillaires sanguins et surtout lymphatiques sont dilatés avec tuméfaction de leurs cellules endothéliales qui deviennent saillantes, ils contiennent des mononucléaires qui émigrent dans le tissu interstitiel. Cette réaction conjonctive sans endovascularite et sans œdème est donc très différente du processus inflammatoire phlegmasique.

Corps sous-papillaire : Structure dense parce que les faisceaux conjonctifs sont serrés les uns contre les autres. Les fibres élastiques sont de structure normale, mais paraissent plus nombreuses et plus serrées. Les cellules fixes sont en réaction, leur chromoplasma reparait et devient en certains points vacuolaire ; les unes sont triangulaires, munies de prolongements et anastomoses chromophiles visibles, dessinant un réticulum cellulaire à travées étroites, à très larges mailles ; les autres, moins nombreuses, prennent l'aspect de grandes *cellules rameuses*, leur protoplasma pousse de fins prolongements terminés par un bouton renflé (début de *clasmatose*). Quelques-unes ont un noyau, qui au lieu de rester compact, s'élargit, s'incurve et se lobe, devenant même *bourgeonnant*, la chromatine en reste délicate à travées fines avec grains de chromatine très fins dont les plus gros contiennent le ou les deux nucléoles.

Dans les mailles du réseau discontinu des cellules fixes, dans les intervalles des faisceaux conjonctifs se disséminent quelques cellules migratrices, de taille inégale, plus nombreuses que normalement, très clairsemées, ne formant que de rares nodules. Elles sont de types très variables : les unes sont des lymphocytes, les autres des grands mononucléaires vacuolaires, les autres ressemblent à de gros mononucléaires à chromoplasma basophile, à noyau arrondi ou lobé, fortement charpenté, à gros grain central et périphériques volumineux (type *macrophage*) ; quelques-unes ont le type *clasmato-cyte*.

Derme : Même structure dense, même réaction des cellules fixes. Les cellules migratrices sont de même type, le plus souvent isolées, elles s'agglom-

mèrent parfois en *petits nodules* ou en minces travées irrégulièrement contournées bi- et trifurquées. Cette infiltration discrète s'est faite *autour des vaisseaux* sanguins et lymphatiques à endothélium tuméfié, tantôt encerclant complètement le vaisseau, tantôt rien qu'un segment. Autour des vaisseaux dans les nodules d'infiltration le tissu conjonctif a pris le type *réticulé* par hypertrophie et anastomose de ses cellules et régression du collagène. Ce réticulum contient donc les cellules migratrices tantôt rares et clairsemées (nodule clair), tantôt nombreuses et serrées voilant le réticulum cellulaire conjonctif sous leur amoncellement (nodule sombre). Parmi ces mononucléaires d'infiltration, petits et grands, certains se transforment en *plasmazelle*, les grains chromatiniens périphériques de leur noyau s'épaississant et prenant la disposition radiaire caractéristique, le protoplasma devenant plus basophile : quelques amas cellulaires forment ainsi des *plasmomes*.

L'*hypoderme* est aminci, à travées scléreuses fines mais denses, limitant des lobules adipeux plus étroits. Il contient de très rares amas et traînées cellulaires. Les vaisseaux et nerfs y sont plus lésés que dans le derme. Les glandes sébacées sont introuvables, les glandes sudoripares réduites à des tronçons de tubes pleins le plus souvent.

Vaisseaux : Tous les petits vaisseaux du derme, artérioles et veinules, les capillaires lymphatiques ont une hypertrophie manifeste de leur paroi : hypertrophie de l'endothélium (saillie des noyaux, et fusion des protoplasmas en une bordure commune), épaississement de la gaine conjonctive.

Les vaisseaux un peu plus gros, artérioles et veinules, sont extraordinairement épaissis, surtout à la limite du derme et de l'hypoderme et dans l'hypoderme. L'épaississement de la tunique moyenne est colossal (*méso-vascularité*) et porte surtout sur les *fibres musculaires lisses* circulaires. Ces fibres sont élargies, allongées, très hypertrophiées, séparées les unes des autres par de fines fibres collagènes et de très grêles fibres élastiques ondulées, parallèles et perpendiculaires aux fibres musculaires, dessinant donc un fin treillis; les noyaux des fibres musculaires sont énormes, souvent même bourgeonnants et segmentés en lobules (aspect très différent des noyaux plissés par rétraction des parois vasculaires distendues, car chaque lobe renferme un gros grain de chromatine central). Les cellules conjonctives de cette tunique moyenne si épaissie sont hypertrophiées. — La tunique externe est épaissie : faisceaux collagènes denses et cellules conjonctives tuméfiées. — La tunique interne est la moins épaissie : sur la limitante élastique normale reposent des cellules endothéliales tuméfiées à protoplasma basophile, à noyau agrandi renfermant un gros grain de chromatine central; quelques-unes devenant piriformes tendent à se détacher et font saillie dans la lumière par une extrémité globuleuse. Certaines veinules ont une tunique interne plus épaisse à 5 ou 6 rangs de cellules conjonctives avec membrane élastique dissociée et multipliée. Cette méso-vascularité si intense est donc très différente des vascularites infectieuses où l'endo-vascularité domine, la réaction de l'endothélium est ici tout autre.

Nerfs : Les nerfs sont hypertrophiés en raison de l'hypertrophie de leurs tuniques conjonctives et de la tuméfaction de leurs cellules conjonctives. Le périnèvre est épais, formé de faisceaux collagènes denses et larges avec quelques cellules tuméfiées et de très fines fibres élastiques, la bande inté-

rière de tissu conjonctif lâche et respectée; l'endonévrite est intense, les fibres collagènes fines, serrées, dessinent un fin treillis à fines mailles contenant 1 ou 2 fibres nerveuses. Les cellules conjonctives plus nombreuses que normalement sont allongées. On note parfois une mastocelle. Les fibres nerveuses, la plupart petites, sont amincies, leur gaine semble intacte, l'axone est conservé peut-être plus étroit et inégal.

Plusieurs des petits nerfs du derme, tous très sclérosés, sont engainés d'une traînée de lymphocytes qui pénètrent parfois dans l'endonèvre.

A côté de cet aspect habituel du tégument dans la radiodermite chronique on note des points à épiderme et derme amincis répondant aux taches blanches atrophiques : l'amincissement porte surtout sur la couche de Malpighi réduite à 6 et même 4 assises, la couche cornée et le stratum granulosum restent épaissis.

On note des points à épiderme épaissi hyperkératosique répondant aux incrustations caillouteuses ou papillome, — enfin des points angiomateux répondant aux fines ectasies vasculaires.

Le tissu osseux paraît moins dense et plus fragile, peut-être légèrement atrophie, les articulations semblent saines, les tendons sont normaux.

L'étude des vaisseaux et nerfs a été complétée par les coupes en série des *paquets vasculo-nerveux*, droit et gauche, collatéraux du doigt. Mêmes lésions des vaisseaux et nerfs.

La périnévrite scléreuse est plus accentuée alors que l'endonévrite toujours intense semble moins prononcée.

La méso-vascularite avec hypertrophie colossale des fibres musculaires lisses est toujours très marquée : une des artéioles dorsales large de 2 millimètres environ a sa tunique musculaire en dégénérescence hyaline. L'une des collatérales palmaires large de 3 millimètres environ, a, outre sa péri- et méso-artérite, une *endarterite* fibreuse intense presque oblitérante en certains points (lumière de 30 μ) ; l'endartère est plus épaissi que le mésartère déjà si large; l'endartère est formé de deux couches nettement distinctes en plusieurs points (Van Gieson), confondues par ailleurs : la première et la plus large, contenue dans un dédoublement de l'élastique interne, est formée d'un treillis irrégulier et serré de fines fibres collagènes et de très grêles fibres élastiques emprisonnant de nombreuses cellules conjonctives à noyau allongé, plus ou moins serrées jusqu'à constituer parfois des sortes de bourgeons saillants (endarterite inégale partielle). La 2^e couche, plus étroite, est formée de faisceaux collagènes épais dégénérés (prenant plus l'acide picrique que la fuchsine du Van Gieson) ; dépourvue de fibres élastiques, elle contient quelques cellules conjonctives tuméfiées. La lumière très étroite est bordée d'une rangée de cellules endothéliales tendant à desquamier.

Même dans les régions profondes (palmaires) la mésovascularite, l'endopérinévrite restent donc intenses.

Ce processus de radiodermite chronique diffère du processus des radiodermites aiguës bien connu aujourd'hui, grâce aux travaux de Darier, Scholtz, Lion, et la récente étude de Dalous et Lasserre (*Annales de Dermatologie*, 1905, p. 305).

M. Darier avait constaté un épaississement de tout l'épiderme

avec prédominance manifeste sur les couches granuleuse et cornée, les lésions du tissu conjonctif étant minimes. Nous voyons au contraire la radiodermite chronique ne pas se borner à l'épithélium (radio-épithélite), mais atteindre les plans profonds.

La réaction épidermique est, elle aussi, différente : dans la radiodermite aiguë, « altérations prédominantes de la couche génératrice, gonflement et vacuolisation des éléments cellulaires, coïncidant avec l'épaississement de l'épiderme et la vasodilatation (Lion) ». Dalous et Lasserre insistent sur l'atrophie de l'épiderme, avec épaississement de la granuleuse, expliquée par l'altération profonde des assises génératrices se traduisant par l'amincissement de l'épiderme, la disparition des cônes interpapillaires, le peu d'adhérence au chorion et la tendance à la phlycténisation ; la vacuolisation des cellules malphigiennes ; les altérations de la couche génératrice dont les cellules sont écartées les unes des autres par des espaces vides » (colonnettes, palissade) (Lion).

3^e NOTE. — ÉTUDE HISTOLOGIQUE DE LA TRANSFORMATION CANCÉREUSE.
(En collaboration avec M. DOMINICI).

Cette étude de la transformation progressive des lésions de la radiodermite chronique en épithélioma est d'importance capitale pour appuyer l'hypothèse de la nature irritative röntgénienne de ces cancers. Le cas est ici démonstratif, car on a pu surprendre toutes les transitions. Ce semble être le premier fait de radiodermite où l'histologie ait pu suivre pas à pas cette transformation.

La pièce enlevée chirurgicalement comprenait une large zone de tissus non cancéreux. De haut en bas, la face dorsale du doigt et du dos de la main a été découpée en lanière dont les fragments superposés comprennent toute la longueur du doigt ; tout le tégument a donc été examiné de haut en bas et on a pu saisir toutes les transitions ; les fragments ont été numérotés du poignet vers l'extrémité digitale : fragments 1 et 1 *bis*, zone de radiodermite simple étudiée dans la 2^e note ; fragment 2, zone de transition entre la radiodermite et le papillome (ce point étant particulièrement important, un autre fragment (2 *bis*) a été prélevé à côté du 2^e au même niveau, il a donné les mêmes résultats) ; fragment 3, zone de transition entre le papillome et l'épithélioma ; fragment 4, épithélioma à surface non bourgeonnante ; fragment 5 et 6, gros bourgeons cancéreux. Tous ont été fixés à l'iodochlorure et colorés à l'éosine bleue, hématoxyline, Van Gieson, orcéine, etc.

**FRAGMENT 2 ET 2 BIS. — ZONE DE TRANSITION ENTRE LA RADIODERMITE
ET LE « PAPILOME ».**

Ces coupes comprennent donc deux parties : l'une proximale de radiodermite, l'autre distale de papillome naissant.

La première partie est tout à fait semblable aux fragments 1 et 1 bis : radiodermite simple.

Dans la zone intermédiaire l'épiderme s'épaissit encore.

Dans la deuxième partie (papillomateuse), l'épiderme est très augmenté, doublant, triplant d'épaisseur, ses cônes interpapillaires sont hypertrophiés, allongés et élargis, la couche cornée conserve la même épaisseur, la granuleuse de 4 à 5 assises passe à 7 et 9. Le corps muqueux surtout est très épaissi, atteignant jusqu'à 30 cellules; ces cellules sont un peu plus grosses, plus basophiles, à noyau basophile avec gros nucléole, à anastomoses basophiles. Il n'y a pas d'atypie cellulaire, parfois une rare figure de dyskératose.

Les papilles et le derme ont une structure moins dense en raison de l'infiltrat beaucoup plus marqué; cet infiltrat forme de gros nodules et de larges traînées périvasculaires à bords plus ou moins diffus, il envahit même l'hypoderme. Sa composition est la même que celle de la radiodermite simple : réticulum conjonctif contenant des mononucléaires. Il faut ajouter quelques éosinophiles de formation locale (Dominici) et quelques plasmazellen en dégénérescence érythrofile. Mêmes lésions des vaisseaux et des nerfs que dans les fragments 1 et 1 bis.

Fait capital à noter, *un ou deux lymphatiques profonds contiennent des cellules malpighiennes atypiques épithéliomateuses (tendance à la généralisation).*

FRAGMENT 3. — ZONÉ INTERMÉDIAIRE ENTRE LE PAPILLOME ET L'ÉPITHÉLIOMA.

La transition est rapide et la zone papillomateuse n'a une largeur que d'environ 5 à 7 millimètres (2 millimètres pour le fragment 2, 3 à 5 millimètres pour le fragment 3).

Ces coupes comprennent deux parties, la première proximale « papillomateuse » (exagération de la papillation de l'épiderme normal); la deuxième, distale épithéliomateuse (transformation monstrueuse de l'épiderme).

Première partie : papillomateuse. — L'épiderme est très épaissi, 1200 à 1500 μ , les cônes interpapillaires sont extrêmement allongés, séparés par de longues papilles hypertrophiées. Dans la portion horizontale de l'épiderme, les cellules du stratum granulosum sont étagées en 7 à 9 rangées; les cellules malpighiennes sont plus volumineuses, leurs renflements chromatiniens et leurs nucléoles sont plus marqués, les karyokinèses sont rares malgré la multiplication considérable des cellules épidermiques, il semble que plusieurs noyaux soient en division directe. Les cellules de la couche germinative s'allongent (aspect en chandelier).

Au niveau des cônes interpapillaires on remarque les mêmes phénomènes. De plus, vers le sommet de ces cônes ou sur leurs côtés, les cellules de la couche germinative sont séparées les unes des autres, dissociées par des intervalles clairs dans lesquels s'insinuent des mononucléaires venus des couches profondes, cette exocytose se retrouve dans tout le reste de l'épiderme, mais prédomine au sommet des cônes interpapillaires : l'immigration intra-épidermique des cellules lymphatiques peut être telle que l'épiderme est dissocié en certains points par cet afflux leucocytaire, les cellules épithéliales agrandies deviennent alors polygonales, s'anastomosent par

leurs angles et limitent par leurs bords des logettes allongées contenant 2 à 3 mononucléaires.

Cette immigration mononucléaire est corrélative d'une réaction intense du tissu conjonctif sous-jacent.

Derme, à un faible grossissement. — Épaississement de tout le tissu conjonctif du corps papillaire et du derme.

Infiltration cellulaire très marquée, en flots, non systématisée, occupant surtout la base du corps papillaire et le derme, à peine marquée dans les papilles; dilatation des capillaires sanguins et lymphatiques; veines et artères à parois très épaissies, péri et endonévrites.

Derme, à un fort grossissement. — *Papilles*: Les papilles sont formées de fibres conjonctives, grêles, onduleuses, délicates, verticales quoique accolées sous des obliquités variables. L'infiltrat cellulaire y est à peine marqué, les cellules fixes, clairsemées sont très peu hypertrophiées, leur protoplasma en reste peu apparent et leur noyau volumineux arrondi ou incurvé conserve une structure chromatinienne délicate avec nucléole de petite taille. Les capillaires veineux et lymphatiques élargis sont limités par de grandes cellules endothéliales claires et tuméfiées; çà et là apparaissent de rares mononucléaires en migration et une mastzelle erratique.

Corps sous-papillaire. — A la base des papilles apparaissent de nombreuses cellules libres à noyau compact (lymphocytes), cependant que les cellules fixes hypertrophiées sont plus rapprochées. Cette infiltration croissante aboutit aux nodules lymphoïdes du corps papillaire et du derme.

Derme: Les bandes fibreuses du derme cèdent la place à de volumineux flots d'infiltration cellulaires, arrondis ou polygonaux, d'aspect grenu et bleu foncé, tranchant sur le fond rose conjonctif; les intervalles qui les séparent sont occupés par le reliquat du tissu dermique, sillonné de traînées cellulaires rejoignant les flots entre eux. Ces infiltrats présentent en leur centre de larges fentes claires, allongées, rectilignes ou incurvées qui sont des vaisseaux lymphatiques extrêmement dilatés. S'il existe donc une systématisation cellulaire elle est *périlymphatique*.

Les flots d'infiltration cellulaire offrent une structure analogue à la structure lymphoïde des ganglions ou de la rate. Le *processus fondamental est cette transformation lymphoïde*. Les flots sont constitués par un immense réseau cellulaire dont les mailles logent les cellules lymphatiques, à noyau arrondi et incurvé, semblables aux mononucléaires clairs ou opaques du ganglion; les traînées du réseau sont constituées par les cellules conjonctives polygonales rapprochées les unes des autres et anastomosées par leurs angles, leur chromoplasma réapparaissant finement réticulé, leur noyau est grand et clair. Cette hypertrophie cellulaire réduit les faisceaux conjonctifs à un réseau de fibrilles grêles accolées aux cellules épousant la forme de leurs bords; de même qu'en de nombreux points des follicules spléniques. Suivant la règle, les fibrilles collagènes de ces nodules lymphoïdes s'insèrent sur les faisceaux conjonctifs de la gaine des vaisseaux sanguins.

Dans les parties intermédiaires et sur les bords de l'infiltrat on assiste à cette transformation lymphoïde: multiplication et hypertrophie des cellules fixes avec réduction corrélative des vaisseaux collagènes, anastomose des cellules fixes en un réseau cellulaire; immigration mononucléaire commençante.

Les nodules sont traversés de vaisseaux sanguins et lymphatiques qui ont l'aspect de gros capillaires dilatés. Leurs cellules endothéliales allongées et hypertrophiées reposent sur une membrane anhiste doublée de rares fibrilles collagènes grêles raccordées à celles du stroma lymphoïde. Les nodules ne semblent renfermer ni artériole ni veinule. Ce n'est qu'une apparence due à la *transformation reticulée lymphoïde des parois conjonctives et même musculaires des artérioles et veinules*. Ces vaisseaux prennent alors l'aspect de [très gros capillaires, car seul leur endothélium subsiste. Les vaisseaux sanguins sont gorgés de globules rouges et contiennent plus de mono et de polynucléaires que normalement.

Parmi les mononucléaires de l'infiltrat, les uns proviennent de la multiplication des cellules conjonctives désinsérées se transformant en cellules arrondies. Les autres sont d'origine vasculaire sanguine, migratrice; ce sont les plus nombreux, car les vaisseaux sanguins et lymphatiques en sont bourrés.

Certains de ces mononucléaires se transforment en *plasmazellen* formant souvent de petits groupes ou plasmomes, occupant la totalité ou une partie d'un nodule; quelques-unes de ces plasmazellen sont énormes et multinucléées (4 à 6). D'autres mononucléaires se transforment en *éosinophiles* et *mastzelle*. Il s'y joint çà et là un afflux de globules rouges: cette diapédèse des hématies forme en plusieurs points (télangiectasies cliniques) de petits foyers lacunaires hémorragiques.

A ce processus de réaction inflammatoire, se joignent des phénomènes de dégénérescence souvent très marqués. La *plasmolyse* et *karyolyse* des cellules fixes hypertrophiées, des cellules lymphoïdes agglomérées, de rares polynucléaires immigrés encombrent certains îlots de boules opaques, produits de désintégration nucléaire. La *plasmolyse* se fait suivant deux modes: dans le premier, le morcellement est périphérique ou total, les boules de désintégration restent basophiles; dans le deuxième, le protoplasma se résout en boules acidophiles, cette *dégénérescence érythrofile* semblant particulière aux cellules conjonctives et plasmazellen; ces cellules s'hypertrophient, leur protoplasma se décomposant en boules nettement arrondies, fixant l'éosine orange et ressemblant à d'énormes vacuoles intraprotoplasmiques; des travées fines de protoplasma basophile les séparent et vont s'amincissant au fur et à mesure que les boules s'accroissent; elles deviennent parfois énormes, dépassant le volume d'un globule rouge, le protoplasma devient incolore, invisible, la cellule se réduit à un noyau caractéristique entouré de ces boules acidophiles contenues dans la membrane de la cellule qui finit par éclater. Les boules mises ainsi en liberté simuleraient des globules rouges, n'étaient leur taille énorme, leur inégalité, leur forme sphérique, leur moindre acidophilie (en effet une teinte légèrement bleu violacé atténuée, au moins au début, leur orangeophilie).

Les *interstices* qui séparent les nodules sont occupés par des faisceaux collagènes plus ou moins modifiés par l'infiltration cellulaire commençante; les travées conjonctives sont parcourues de traînées cellulaires et de vaisseaux capillaires dilatés gorgés de globules rouges, de mono et de polynucléaires. Cette réduction du tissu collagène est encore en rapport avec une hypertrophie et prolifération des cellules fixes qui se disposent en séries linéaires, s'anastomosent et se disposent en une sorte de syncytium allongé en réseau à

mailles plus ou moins étroites (transformation du collagène en tissu réticulé).

Les *glandes sudoripares* sont méconnaissables, les glandes sébacées et bulbes introuvables.

Les *vaisseaux et nerfs* présentent les mêmes lésions de mésovascularite colossale, d'endopérinévrile.

Hypoderme : Les travées conjonctives séparant les lobules adipeux et ces lobules mêmes sont infiltrés de trainées cellulaires suivant le trajet des vaisseaux et des nerfs. Les vaisseaux et nerfs sont le siège des altérations si marquées que nous avons déjà décrites, endopérivascularite et surtout mésovascularite; endopérinévrile scléreuse interstitielle intense et parenchymateuse légère.

Deuxième partie épithéliomateuse. — L'épithélioma succède par transition rapide presque brusque au papillome. Cependant la transformation cancéreuse du papillome est annoncée par un léger accroissement des cellules épithéliales : hypertrophie des cellules de la germinative et épaissement du renflement chromatinien du nucléole des cellules malpighiennes. La portion horizontale de l'épiderme ainsi modifié, encore épais, recouvre 2 à 3 millimètres de boyaux épithéliomateux infiltrés dans la couche papillaire et sous-papillaire; puis l'épiderme s'amincit et ses *dernières papilles hypertrophiées se continuent avec les boyaux épithéliomateux*; enfin la portion horizontale de l'épiderme manque, abrasée, et l'épithélioma affleure l'ulcération; mais dans cette partie purement épithéliomateuse, la transition apparaît encore à la disposition du tissu cancéreux; en effet, sur une longueur de 3 millimètres, les boyaux épithéliomateux sont rectilignes, verticaux, parallèles, sensiblement égaux, séparés par des bandes conjonctives étroites. Il nous semble certain que ce sont les cônes interpapillaires devenus épithéliomateux et séparé par des papilles très allongées. Au delà le tissu cancéreux perd toute ordination systématique.

(Cette transition entre l'épiderme papillomateux à portion horizontale non cancéreuse et l'épithélioma a été retrouvée sur 2 autres fragments latéraux supérieurs de l'ulcération végétante cancéreuse.)

Le cancer est un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques caractéristique. La prolifération épithéliale est extrêmement abondante, occupant toute l'épaisseur des tissus jusqu'à l'os, formant des nappes de 35 millimètres d'épaisseur et plus, infiltrant l'hypoderme suivant les vaisseaux et nerfs qu'elle entoure. Au milieu des boyaux épithéliomateux les vaisseaux et nerfs conservent les mêmes lésions et réagissent peu.

On retrouve tous les détails caractéristiques de l'évolution de l'épithélioma lobulé corné : monstruosité des cellules et des noyaux; évolution centripète des cellules des nodules épithéliaux aboutissant à la kératinisation des cellules centrales; prolifération intensive des bourgeons terminaux de l'épithéliome; tous les degrés depuis la kératinisation unicellulaire jusqu'à la kératinisation totale des lobules; karyokinèses multiples et irrégulières. Tous ces phénomènes sont d'autant plus accentués que l'on étudie des parties plus éloignées du papillome.

Il faut noter l'intensité de multiplication des éléments épithéliaux et les innombrables modifications de volume et de structure des cellules de la tumeur :

Beaucoup atteignent une taille gigantesque, leur protoplasma devient finement réticulé et perd la structure radiée normale mettant en évidence la constitution fondamentale spongieuse du protoplasma, les noyaux deviennent monstrueux, soit qu'ils restent arrondis ovoïdes, soit qu'ils se segmentent et deviennent multilobés. Les figures de karyokinèses sont nombreuses, la plupart sont anormales; l'irrégularité porte sur : l'inégalité des chromosomes et la longueur exagérée de certains, — la multipolarité, — la fragmentation des chromosomes en petites boules qui s'écartent dans le noyau élargi. Cette dispersion de la chromatine peut être telle que les fragments en soient expulsés en dehors des noyaux. De nombreux polynucléaires éosinophiles et quelques lymphocytes pénètrent les boyaux épithéliaux.

Dans les étroits espaces conjonctifs qui séparent les bourgeons épithéliaux, le tissu interstitiel subit la transformation lymphoïde : le protoplasme des cellules fixes devient spongieux, basophile, les anastomoses sont mises en évidence, formant un réseau cellulaire accolé aux réseaux fibrillaire, collagène et élastique, ces travées grêles de collagène proviennent de la régression des faisceaux conjonctifs normaux du derme, sous l'influence de la prolifération cellulaire; dans les mailles de ce réseau cellulo-fibrillaire apparaissent des cellules migratrices de toute sorte : cellules lymphatiques provenant les unes du sang et de la lymphe, les autres de la multiplication des cellules fixes libérées; plasmazellen produit de transformation des cellules lymphatiques; nombreux éosinophiles mono et polynucléés nés *in situ*; quelques polynucléaires neutrophiles.

Il semble difficile d'avoir des transitions plus nettes, une démonstration plus évidente de la transformation d'un processus irritatif en un processus cancéreux. C'est un document dans l'histoire de la pathogénie du cancer, tendant à prouver la *non-spécificité de la cause cancéreuse*.

M. BÉCLÈRE. — On a accusé les rayons X de faire de l'épithélioma; cela n'est pas exact. On sait que toute irritation de la peau favorise l'apparition de l'épithélioma; les rayons X n'agissent pas autrement. La preuve en est que ces épithéliomas pris à temps peuvent guérir par la radiothérapie. Personnellement, si j'étais quelque jour atteint d'épithélioma de la main, je n'hésiterais pas à le traiter par la radiothérapie.

M. GAUCHER. — J'ai montré qu'il faut distinguer la radiodermite des opérés, c'est-à-dire celle qui survient à la suite de l'absorption momentanée d'une forte dose de rayons par la peau, et la radiodermite des opérateurs, c'est-à-dire celle qui est consécutive à l'absorption continue et prolongée pendant des années d'une petite quantité de rayons. Dans ce dernier cas, il se produit des troubles trophiques des doigts et de la main, en particulier des ténosynovites et des papillomes. Ces papillomes peuvent se transformer en épithéliomas, comme tous les papillomes; il n'y a là rien de spécial aux rayons X. Pour expliquer ces troubles trophiques, dont j'ai actuellement au moins quatre observations, j'ai invoqué la théorie de la névrite ascendante.

qui est, aujourd'hui, confirmée par les recherches histologiques de M. Gougerot.

M. BÉCLÈRE. — Je ne conteste pas la fréquence de l'épithélioma au cours des radiodermites. En ce qui concerne la névrite ascendante invoquée par M. Gaucher, je rappellerai que dans un cas, où l'amputation du doigt fut pratiquée, M. Cornil n'a décelé aucune lésion nerveuse.

M. DARIER. — Au sujet du traitement de ces épithéliomas, je suis de plus en plus convaincu qu'il faut faire intervenir la structure histologique. Les épithéliomas pavimenteux tubulés sont seuls justiciables des rayons X. Chez un malade atteint d'épithélioma spino-cellulaire, c'est-à-dire pavimenteux lobulé à globes épidermiques, superficiel, sans adénopathie, j'ai employé pendant trois mois la radiothérapie avec beaucoup d'énergie et sans succès. Sur ma demande, M. Bissérié le soumit ensuite au même traitement aussi intense que possible; le résultat fut nul et cet épithélioma dut être enlevé chirurgicalement par M. Morestin. Si donc les épithéliomas qui surviennent au cours des radiodermites sont spino-cellulaires, ils ne pourront guérir par les rayons X; s'ils sont tubulés, ils guériront par la radiothérapie.

M. LEREDDE. — Je voudrais signaler une complication non décrite des rayons X et différente des radiodermites aiguës ou chroniques. J'ai soumis à la radiothérapie un nævus plan vasculaire de la joue; j'obtins en 2 ou 3 mois un résultat magnifique, la partie traitée restait seulement un peu indurée. Or, deux mois plus tard, il se produisit une ulcération en godet, sans douleurs appréciables, mais qui ne guérit qu'après 2 ou 3 mois. J'ai observé des faits analogues à la suite du traitement radiothérapique du lupus érythémateux, il se produit parfois des ulcérations tardives et secondaires. Il s'agit, dans ces cas, d'ulcères d'origine ischémique.

Maladie de Hallopeau (pyodermite végétante).

Par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.

Le malade, âgé de 36 ans, employé de chemin de fer, est entré dans le service de la clinique le 27 septembre 1906.

Il a eu un chancre syphilitique il y a 16 ans, et depuis lors à diverses reprises des maux de gorge, pour lesquels il a pris du sirop de Gibert.

Ce sont tous ses antécédents, qui, d'ailleurs, n'ont aucun rapport avec l'affection actuelle.

Cette affection date du 14 juillet dernier. Notre malade aurait eu, à cette époque, un eczéma interfessier avec un furoncle sur la fesse gauche.

Consécutivement s'est développée une adénite inguinale externe gauche suppurée, qu'on a dû inciser et qui n'est pas encore cicatrisée à l'heure actuelle. Peu après, le malade eut quelques folliculites suppurées des aines pour lesquelles il fut rasé et traité par des applications de teinture d'iode. Le rasoir écorcha les pustulettes, et c'est huit jours après, que l'éruption s'étendit.

Des vésico-pustules envahirent les aines, la région pubienne, la racine des cuisses, le bas-ventre, le tour de l'ombilic, la partie inférieure du dos.

Bientôt confluentes, elles formèrent les larges placards qu'on voit encore à l'heure actuelle. Puis l'éruption, remontant latéralement, occupa les deux creux axillaires et d'une façon plus discrète toute la poitrine.

A ce moment, le malade, tourmenté par les démangeaisons, inocula, en se grattant, son creux poplité gauche et la commissure labiale du même côté. En ce dernier point, il avait eu, raconte-t-il, une légère coupure faite par son coiffeur. En somme, ces deux dernières localisations semblent bien le résultat d'une inoculation par grattage.

Au moment de l'entrée du malade dans nos salles, on constate, dans les régions précédemment signalées, des placards très étendus, surélevés, à contours polycycliques. Chacun de ces placards est formé par des éléments isolés, papuleux, confluent.

Ces placards, d'aspect lichénoïde, sont entourés de vésico-pustules, confluentes à la périphérie du placard, tantôt contenant un liquide purulent, tantôt recouvertes d'une croûte peu épaisse, d'un brun jaunâtre qui, en tombant, ne laisse pas d'ulcération. Sur la peau saine, qui entoure les placards, on trouve d'autres vésico-pustules plus jaunes, presque toutes remplies de pus et disséminées.

Le centre du placard, papuleux, dur à la palpation, représente donc un stade postérieur à l'ouverture de la pustule et à la chute de la croûte ; l'aspect surélevé, tendu, tient à la prolifération hypertrophique du derme.

Certains des éléments centraux présentent une légère ombilication, centrée par un poil. Il est donc vraisemblable que, au moins certaines pustules, sont des suppurations périfolliculaires.

Suivant les points, l'aspect est un peu variable. Dans les plis de flexion, aisselles, aines, rainure interfessière, creux poplité, l'hypertrophie végétante du derme est bien plus marquée et le placard résultant de la fusion des pustules, une fois les croûtes tombées, prend un aspect papulo-tuberculeux. Les lésions intermédiaires aux placards sont toutes plus jeunes, uniquement croûteuses ; il en est ainsi des deux pustules d'auto-inoculation de la commissure labiale gauche. Ces pustules sont entourées d'une auréole érythémateuse reposant sur un fond induré. Il n'y a aucune lésion des muqueuses.

Le malade a un état général très satisfaisant. Il n'a aucun trouble viscéral, en particulier aucun signe nerveux. La fièvre est nulle. Outre l'éruption, on ne constate que la cicatrice de l'adénite incisée, qui est fistuleuse et laisse sourdre un pus analogue à celui des pustules. Le malade est traité par les pansements humides et les pulvérisations résorcinées. Il prend de plus un bain quotidien prolongé.

Sous l'influence de ce traitement, le malade est nettement amélioré. Dès le 4 octobre, on constate l'affaissement du centre des placards qui conservent leur teinte rouge foncé. Les croûtes de la périphérie tombent. En revanche, il s'est produit de nouvelles pustules isolées sur la poitrine et aussi à la périphérie des anciens placards. La progression excentrique est très nette.

Le 20 octobre, l'amélioration continue ; il n'y a guère de nouveaux éléments ; les deux pustules de la commissure ont conflué et forment actuellement une large exulcération à bords polycycliques et saillant, entourant un

fond recouvert d'une croûte jaunâtre, humide. Chaque exulcération a gagné en largeur, la lésion semble plus envahissante que sur le corps.

L'affaissement des placards primitifs s'accroît, mais ceux-ci restent pigmentés. Le bubon suppure encore un peu.

Le 30 octobre, la cicatrisation est très avancée. Sur l'abdomen, il n'y a plus que des cicatrices. Celles-ci sont planes, à peine papuleuses; leur coloration, d'abord rouge foncé, est maintenant un peu jaune, un peu cuivrée. Le centre de certains éléments devient blanc, nettement cicatriciel. Souvent, au centre on trouve un poil. Ça et là, sur les cuisses, sur la poitrine et le dos, sous le genou droit, quelques pustules sont encore excoriées et recouvertes d'une croûte. Au-dessous d'elles, l'hypertrophie du derme fait nettement saillie. Les pustules de la face ne sont pas guéries, elles s'étendent toujours excentriquement sans qu'il y ait de nouvel élément; leurs bords sont hypertrophiques, leur fond déprimé et croûteux. Sur le dos, existe encore un placard en pleine activité. L'adénite est complètement guérie. Le malade a conservé un excellent état général et demande à sortir.

Recherches de laboratoire. — Le contenu de deux pustules a fourni des cultures pures de staphylocoque doré. Dans les frottis, on voyait de nombreux phagocytes englobant les microbes et quelques macrophages. Il n'y avait pas d'éosinophiles.

M. HALLOPEAU. — On doit à M. Gaucher d'avoir démontré que cette maladie est une pyodermite d'origine microbienne.

Gommes syphilitiques du muscle sterno-cléido-mastoïdien (syphilis acquise).

Par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD.

Le nommé C..., Victor, âgé de 37 ans, cocher, entre, le 5 novembre, salle Saint-Louis, présentant des gommes syphilitiques apparues simultanément il y a trois semaines environ. Il y a une gomme volumineuse de la paroi postérieure du pharynx, et une autre de la face antérieure du sternum; mais celles qui présentent le plus d'intérêt, et par leur volume et par leur rareté au cours de la syphilis acquise, sont celles qui infiltrèrent les deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens.

Du côté gauche, le tiers inférieur du muscle présente deux nodules durs, indolents, du volume d'une petite noix, reliés l'un à l'autre par une infiltration granuleuse du muscle.

Du côté droit, le chef sternal est déformé par un semblable noyau, ayant à peu près le volume d'un œuf de pigeon.

Une gomme de plus petit volume siège encore sur le manubrium. Enfin, l'examen de l'arrière-gorge permet d'en voir une autre allongée en amande, développée dans l'épaisseur de la paroi pharyngienne postérieure.

Les divers appareils du malade ne présentent rien de spécial à signaler. Sa santé générale est excellente. La voûte palatine, les dents, le squelette parfaitement conformés ne portent pas la moindre trace de dystrophie héréditaire.

Ses parents sont actuellement vivants et très bien portants. Il a un frère et une sœur en bonne santé.

Le malade a contracté la syphilis il y a 16 ans. L'accident initial fut suivi à plusieurs reprises de l'apparition de plaques muqueuses de la gorge et des lèvres. La durée totale des manifestations secondaires fut de deux ans et demi.

Pendant ce laps de temps C... suivit régulièrement le traitement prescrit (pilules de Dupuytren).

Depuis la cessation des accidents secondaires jusqu'à aujourd'hui, il a suspendu toute médication.

Sur la production d'ulcérations profondes et étendues dans un nævus angiomateux.

Par MM. H. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

Des faits semblables ont été signalés : A. Hardy, en particulier, a mis en relief la difficulté du diagnostic avec des syphilides que peuvent présenter ces altérations.

Les lésions qui se sont produites chez cette petite malade ont été intéressantes par la rapidité et l'intensité de leur développement, ainsi que par le problème de pathogénie qu'elles soulèvent.

Nous résumerons ainsi qu'il suit son observation :

La jeune Marie G..., âgée de 3 mois, est amenée salle Lugol le 15 octobre 1906, pour un volumineux nævus suppuré du cuir chevelu.

A l'âge de 6 jours, la mère remarque que l'enfant présente des taches rouges sur la partie postérieure de la tête, à l'angle de l'œil gauche et au cou. — Vers le 10 octobre, elle constate, sur la rougeur du cou, l'existence d'une petite croûte blanche ; puis, toute cette partie se tuméfie, en même temps que l'enfant s'agite et dort mal ; on l'amène à l'hôpital le 15 octobre.

Nous reconnaissons qu'elle est atteinte d'un nævus volumineux circulaire, à la partie postéro-latérale gauche du cuir chevelu ; il mesure 8 centimètres de diamètre ; on observe dans sa partie postérieure une fluctuation nette.

Par ailleurs, on trouve au niveau du sein gauche, et sur la fesse droite, de petits nævi de la grosseur d'une fraise ; d'autres occupent la face latérale du cou, le milieu du front (celui-ci mesure 4 centimètres sur 1 1/2) et l'angle externe de la région sourcilière en même temps que le côté gauche du front.

L'ouverture du nævus suppuré se fait bientôt spontanément par un orifice qui s'élargit rapidement, et donne issue à une quantité assez considérable de pus verdâtre, bien lié. — Les jours suivants, l'ouverture s'élargit encore, et l'on peut constater l'existence d'une ulcération large de 2 centimètres, haute de 6 à 7, profonde de 1 1/2 environ, dont le fond est grisâtre et les bords presque taillés à pic. Bientôt, sous l'influence des pansements humides, le fond de l'ulcération se met à bourgeonner, et la réparation se fait graduelle-

ment de la profondeur vers la superficie, en même temps que l'enfant recouvre le sommeil, et que son état général s'améliore.

Actuellement, la perte de substance est presque entièrement comblée, mais la partie centrale suppure encore assez abondamment.

Ainsi donc, sans cause provocatrice appréciable, il s'est développé dans ce nævus angiomateux une inflammation qui a donné lieu en peu de jours à une perte de substance profonde et étendue; il semble bien que du sphacèle soit venu compliquer ou peut-être occasionner le processus phlegmasique.

Ce fait, rapproché de ceux qui ont été signalés antérieurement, entre autres, par Rist, dans son excellent article de la *Pratique dermatologique*, montre que ces altérations ne sont pas absolument exceptionnelles : comment s'en expliquer la production ? Il semblerait, au premier abord, que ces néoplasies, en raison d'une grande activité circulatoire, dussent être à l'abri de complications de cette nature; mais cette suractivité est-elle bien réelle ? On sait que les examens anatomo-pathologiques y dénotent, à côté de capillaires et de veinules très dilatés, des artères de dimensions normales : il y n'a donc pas afflux exagéré de sang et la réplétion du système capillaire et veineux implique nécessairement une stase vasculaire : on conçoit que, dans ces conditions, la néoplasie constitue au contraire un *locus minoris resistentiæ* et, en particulier, que les processus gangreneux s'y établissent plus facilement que dans les tissus sains : telle est du moins l'interprétation que nous croyons devoir donner de ces altérations.

M. BROCCQ. — J'ai observé plusieurs cas analogues à celui-ci, où des nævi vasculaires deviennent le siège d'un processus escarrotique, gangreneux, progressivement envahissant, lequel aboutit à une guérison très lente du nævus.

M. LENGLET. — Ces ulcérations sont à la fois un danger pour la vie des enfants et un mode de guérison ou d'amélioration du nævus qu'elles frappent : elles évoluent pendant un temps très variable qui peut aller jusqu'au delà d'une année, leur cicatrisation se produit assez aisément sous des pansements sans antiseptiques mais avec des topiques variés; alors qu'on les croit fermées définitivement elles s'ouvrent de nouveau; par les infections secondaires auxquelles elles exposent l'enfant, elles entretiennent un grave danger et deviennent, le cas échéant, l'occasion d'une déchéance inquiétante.

M. A. FOURNIER. — J'ai observé aussi plusieurs cas de vastes ulcérations siégeant sur des nævi; ces ulcérations, dans tous ces cas, étaient dues à la syphilis. Il y aurait lieu de faire une enquête approfondie au sujet de la syphilis soit maternelle, soit surtout paternelle.

M. LENGLET. — Dans un des cas auxquels j'ai fait allusion, on n'a pu déceler aucune trace de syphilis chez les parents; l'ulcération avait été provo-

quée par le courant électrolytique, elle affecta une marche serpigineuse et resta exactement limitée au nævus, qui avait une forme irrégulière. Il y avait eu vraisemblablement infection d'un tissu peu résistant.

M. A. FOURNIER. — Chez l'enfant qu'on vient de présenter, on peut sans doute invoquer dans une certaine mesure l'action du décubitus et de la pression que ce décubitus exerce sur l'occiput; mais il y a au moins soupçon de syphilis et il conviendra de diriger l'enquête de ce côté.

Nouveaux cas d'aplasie moniliforme des cheveux.

Par MM. H. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

Le petit malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est remarquable par les difficultés que peut au premier abord offrir le diagnostic, par l'intensité des lésions d'hyperkératose, par la prédominance des cheveux follets, et par le caractère familial de la maladie; son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

André V. M..., 6 ans, entré salle Bazin, n° 1, le 15 octobre 1906; est très bien portant, bien développé, intelligent.

Son cuir chevelu a toujours présenté le même aspect qu'aujourd'hui.

De loin, l'enfant semble complètement dépourvu de cheveux; en le regardant de plus près, on constate qu'un fin duvet recouvre très régulièrement tout son cuir chevelu dont l'aspect est rouge et grenu. Ces poils follets sont longs de 3 à 6 millimètres, très fins, pâles et blonds pour la plupart; on aperçoit en outre quelques cheveux, de 4 à 6 millimètres de longueur, noirs, beaucoup plus gros que les follets, et cassés nettement; l'aspect granuleux, kétérosique, du cuir chevelu est dû à la saillie que forment les glandes pilosébacées.

Partout ailleurs, la peau est d'aspect tout à fait normal, sauf au niveau de la face externe des deux bras où elle présente de la kératose pilaire.

Enfin il est à noter que les sourcils sont très peu fournis.

Un certain nombre de cheveux présentent très nettement l'aspect moniliforme; les parties rétrécies sont décolorées; les parties élargies sont plus foncées en leur centre, où persiste la substance médullaire du cheveu. Les cheveux se terminent, tantôt par une partie rétrécie, tantôt par une partie élargie. L'examen a porté plusieurs fois sur des cheveux prélevés, soit le soir à 9 heures, soit le matin au réveil; il ne semble pas que le sommeil ait eu une influence sur la pousse des cheveux, ainsi que le montrerait la diversité de la forme de leur extrémité.

Enfin, examinant le fin duvet qui recouvre la face externe du bras, ou les follets du pubis, on n'a trouvé aucune altération de la forme de ces poils dont le calibre était parfaitement régulier.

En interrogeant la mère du petit malade, nous avons retrouvé jusqu'à 6 personnes de la même famille présentant la même affection.

L'ARRIÈRE-GRAND-MÈRE de l'enfant était CHAUVÉ.

Elle eut cinq enfants :

EUGÈNE et LOUISE étaient sains.

Les trois autres n'avaient pas de cheveux.

VICTOR et PROSPER M... avaient le crâne dénudé. Ils n'eurent point d'enfants.

EUGÉNIE M..., épouse G..., grand'mère de l'enfant, était chauve.

Elle-même eut deux enfants normaux : LOUISE et JULIENNE.

La 3^e, MARIA, épouse Van M..., mère du petit André, est chauve. Son cuir chevelu présente des places complètement dépourvues de cheveux, d'autres où les cheveux ont poussé ; mais ces cheveux se cassent presque aussitôt. La malade dit que le rasage, la suspension du port de perruque semblent favoriser la pousse des cheveux.

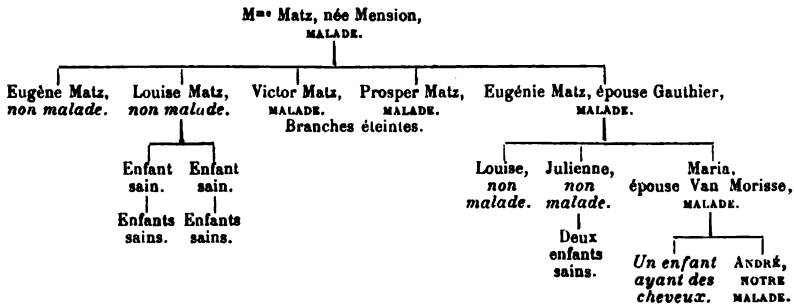
Les poils de l'aisselle et du pubis sont peu nombreux, et cassent facilement. Les sourcils sont courts et fragiles.

On remarque de la kératose sur la face externe des bras, des avant-bras et des cuisses.

Cette malade a eu deux enfants :

Un AINÉ, mort à 7 mois. Il avait des cheveux.

Le SECONDE est l'objet de cette présentation.



Lorsque l'on observe pour la première fois l'enfant, ce qui frappe immédiatement, ce sont l'intensité de l'hyperkératose et l'apparence de calvitie ; en effet, les petits cheveux cassés sont tellement pâles et grêles qu'au premier abord on les aperçoit à peine : un examen attentif est nécessaire pour y découvrir des cheveux moniliformes. L'hyperkératose du cuir chevelu est généralisée.

Chez la mère, au contraire, l'aspect du cuir chevelu est surtout lisse, comparable à celui du favus guéri ; on y voit des dépressions d'apparence cicatricielle ; les hyperkératoses sont beaucoup moins nombreuses que chez son enfant : *il est très probable que cet aspect lisse, comme cicatriciel, est consécutif à la régression des lésions d'hyperkératose.*

Nous avons vu que nos recherches relativement au moment du jour où se produit la diminution de volume sont restées infruc-

tueuses : c'est là un fait qu'il nous paraît utile de signaler, car on a pu invoquer pour expliquer l'intermittence du mouvement nutritif que révèlent ces déformations en fuseau une influence de moindre intensité pendant l'activité diurne ou le repos nocturne ; examinés alternativement le matin et le soir, les cheveux ont été trouvés indifféremment altérés au voisinage immédiat ou à distance des renflements ; *il ne faut donc invoquer, ni le sommeil, ni l'influence vespérale pour expliquer ces intermittences.*

L'aspect follet de la plupart des cheveux se rapporte très vraisemblablement à une amplification du trouble nutritif dont l'aphasie moniliforme est le résultat ; au lieu d'être intermittent, il devient continu ; il y a des follets légèrement moniliformes.

Il est possible que cette famille d'aplasiques se rattache à celle dont M. Sabouraud a rapporté l'histoire, car l'arrière-grand'mère, souche initiale, porte le même nom ; on ignore absolument pourquoi une partie seulement des enfants d'une même famille sont atteints de ces altérations.

Localisations psoriasiques sur des syphilides.

Par MM. H. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

L'un de nous a montré antérieurement à la Société un malade qui présentait ces localisations du psoriasis ; en voici un nouvel exemple d'une grande netteté ; nous résumerons ainsi son histoire :

Son psoriasis remonte à 1879 et s'est toujours renouvelé depuis lors avec des alternatives de rémissions survenues spontanément ou sous l'influence du traitement.

Le nommé G..., âgé de 60 ans, journalier, entre le 5 novembre 1906, salle Bazin, lit n° 36.

Le malade est à la fois psoriasique et syphilitique ; il a eue en 1871 son chancre induré ; il ne s'est traité que pendant 3 mois.

Actuellement, voici ce que l'on constate : Il y a des plaques typiques de psoriasis aux deux coudes.

Le tronc ne présente d'éruption qu'à sa face postérieure, à droite de la ligne médiane ; on y constate un très large placard éruptif, de forme irrégulière, ayant à peu près 25 centimètres de largeur sur 30 centimètres de hauteur, les contours sont polycycliques. Sur un fond rougeâtre, on aperçoit deux sortes d'éléments : des squames blanches, nacrées, qui se détachent au grattage et laissent apparaître en dessous un fond rosé, saignant ; ce sont bien là des taches de psoriasis ; et, d'autre part, dans la portion supérieure et gauche, des croûtes verdâtres, assez saillantes, ne s'écaillant pas, reposant sur un fond un peu plus induré que les tissus voisins ; à côté de ces éléments en évolution, on voit une pigmentation brune de la peau et des cicatrices groupées en fragments de cercle ; il s'agit là en toute certitude de syphilides papulo-tuberculeuses en activité ou rétrogradées.

Aux *mains*, on remarque une desquamation assez étendue de la paume. La peau y est épaissie, blanchâtre, fissurée au niveau des plis articulaires. Sur certains doigts, la desquamation est presque complète. C'est ainsi que sur la face palmaire de la deuxième phalange du pouce de la main droite, et sur la face dorsale du médium droit et de l'index gauche, la desquamation laisse à nu une surface cutanée rose, tranchant sur la coloration des éléments voisins. De même la troisième phalange de l'index de la main droite est dépouillée de son épiderme sur toute sa périphérie. Enfin au niveau de l'insertion unguéale de presque tous les doigts, l'épiderme est fissuré, soulevé et en partie arraché. Les ongles eux-mêmes sont normaux, mais ils sont fortement incurvés, hippocratiques.

Aux *membres inférieurs*, on remarque sur la face externe de la cuisse droite un placard presque circulaire, de 8 à 10 centimètres de diamètre, où la peau garde sa souplesse; mais sa surface est recouverte, régulièrement, de squames blanches, nacrées, brillantes, qui s'enlèvent facilement, et laissent apercevoir le fond rosé du placard.

Sur la face antérieure de la cuisse gauche, on ne trouve que trois petits éléments rose brun, des dimensions d'une pièce de 50 centimes à contours irréguliers.

Arrivons enfin au dernier élément, un des plus considérables, où l'on retrouve les caractères combinés du psoriasis pur et de la syphilis. Il siège à la partie interne du genou droit, empiétant un peu sur la face postérieure et la face antérieure de la cuisse. Ses dimensions sont de 10 centimètres de hauteur sur 13 à 15 centimètres de largeur; sa forme est très irrégulière, son contour serpigneux. Le fond du placard éruptif est brunâtre en certains endroits, plus rosé en d'autres, non induré. Sur ce fond reposent à certains points, des squames blanches brillantes, nacrées; sur d'autres des croûtes verdâtres, assez adhérentes. L'apparence serpigneuse, circonscrite, la teinte brunâtre du placard, et ces croûtes verdâtres qui le recouvrent partiellement donnent incontestablement l'image de syphilides papulo-tuberculeuses recouvertes, par places, de squames psoriasiques.

Il résulte de ces faits, que ce malade présente simultanément des altérations psoriasiques et syphilitiques, que ces manifestations sont en partie indépendantes les unes des autres, qu'il y a, en particulier aux coudes et à la cuisse des placards exclusivement psoriasiques, mais que d'autres altérations offrent, au contraire, un caractère mixte, et que l'on y voit des tubercules syphilitiques recouverts des squames nacrées du psoriasis avec la surface sous-jacente saignant facilement.

Comment faut-il interpréter ces faits? les partisans de la théorie des *hybridités dermatologiques* pourraient invoquer à son appui les éruptions mixtes de ce malade: suivant nous, ce serait là une interprétation défectueuse; les caractères biologiques des deux maladies diffèrent trop pour que l'on puisse admettre une association familiale de leurs agents pathogènes; il est plus simple et, croyons nous, plus conforme à la vérité, de dire que les *syphilides serpigi-*

neuses ont constitué des foyers d'irritation qui ont déterminé les localisations psoriasiques : il est classique, en effet, et M. Jeanselme, ainsi que l'un de nous, en a montré des exemples remarquables à la Société, que les irritations locales déterminent fréquemment des localisations du psoriasis : la paire de bretelles psoriasiques d'un de nos malades qui figure dans le musée Baretta, nous en fournit un témoignage saisissant : on ne peut donc s'étonner que l'irritation provoquée par les syphilides amène également chez ce malade la localisation d'une partie de ses plaques psoriasiques au niveau de ses éléments spécifiques.

M. PAUTRIER. — J'ai observé récemment un cas hybride de syphilis et de psoriasis. Il s'agissait d'un malade qui avait du psoriasis depuis 2 ans et qui avait contracté la syphilis depuis 6 mois. Or, au milieu des nappes psoriasiques des coudes et des genoux, on notait des papules isolées dont l'aspect clinique rappelait celui des syphilides. La biopsie d'un de ces éléments nous a montré la structure des syphilomes et a permis de distinguer dans cette éruption ce qui appartenait à la syphilis et ce qui revenait au psoriasis.

Sur un cas de tumeurs lymphoïdes de la peau.

Par MM. HALLOPEAU et GASTOU.

Comme on va le voir par notre description, ces tumeurs présentent des caractères tout particuliers et sont, par cela même, d'un diagnostic difficile. L'observation de notre malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

Albert P..., 85 ans, charpentier, entre à l'hôpital pour deux ulcérations de la jambe droite et une de la jambe gauche.

Il n'a eu aucune maladie ; pas de syphilis.

Il y a 6 mois environ, il fut pris de démangeaisons aux deux jambes. Puis survinrent, dit-il, de petits boutons, 2 à la jambe droite, et 1 à la jambe gauche, là où siègent aujourd'hui les néoplasies, qui peu à peu grossirent et s'ulcérèrent. Pendant 4 mois, il continua néanmoins ses occupations, puis il se décida à entrer à l'hôpital. On a constaté, il y a 2 mois, lors de son arrivée dans le service, deux ulcérations de la jambe droite, et une de la jambe gauche, qui, siégeant sur un terrain variqueux et eczématisé, ressemblaient à des ulcères variqueux.

Cependant, malgré le repos au lit, malgré les pansements humides et les attouchements fréquents au nitrate d'Ag. les ulcérations n'ont montré aucune tendance à se cicatriser ; bien au contraire, leurs dimensions sont devenues très considérables, en même temps que leur plan se surélevait.

Actuellement, ce sont de véritables tumeurs ulcérées, dominant les téguments voisins. Leur diamètre respectif est à peu près celui d'une paume de main ; leur surface, entièrement ulcérée, est plane, rosée, peu saignante,

suppurant un peu. Les bords sont surélevés de près d'un centimètre, arrondis en dedans, presque à pic et renversés en dehors.

Ce qu'il y a surtout de remarquable dans ces néoplasies, ce sont leur large surface absolument plane, horizontale, leurs bords renversés, la largeur, la régularité, l'aspect rosé de leur surface exempte de toute saillie ou dépression, et leur accroissement rapide : c'est là un ensemble insolite et que nous n'avons jamais rencontré jusqu'ici.

En raison du renversement des bords, l'un de nous a émis l'hypothèse de néoplasies mycosiques ; mais, d'autre part, le prurit et les adénopathies, constants dans cette malade, font ici défaut.

L'examen histologique seul pouvait déterminer la nature de ces tumeurs ; les résultats qu'il a donnés à l'un de nous sont les suivants :

L'ensemble de la néoplasie est formé de deux parties : un soulèvement de l'épiderme présentant l'aspect d'un volumineux champignon, une masse néoplasique soulevant l'épiderme.

Entre les deux parties est une zone claire correspondant aux papilles aplaties.

Cette zone claire est constituée par un tissu réticulé à travées d'épaisseur variable, quelques-unes très épaisses, d'autres extrêmement fines.

Dans les cavités limitées par les travées se voient des cellules lymphoïdes, mais en très petite quantité : d'où l'aspect clair de la zone. On voit également, dans cette zone, de nombreux capillaires nettement dessinés et à parois épaissies.

Au-dessous de la zone claire est une masse néoplasique formée du même tissu réticulé, mais dans cette partie de la coupe on ne voit presque pas le réticulum. Les cavités sont complètement comblées de cellules lymphoïdes. Celles-ci se disposent le long de travées appartenant à de très fins capillaires.

On rencontre également dans la néoplasie quelques gros vaisseaux veineux dont les parois sont épaissies.

L'aspect des cellules lymphoïdes est uniforme dans tous les points de la coupe. On ne rencontre en aucun point de mastzellen, de plasmazellen ou d'autres cellules conjonctives ou d'infiltration.

La néoplasie est donc du type des tissus lymphoïde ou adénoïdien.

La forme et la disposition des cellules, l'existence de vaisseaux nettement différenciés, nous font rejeter le sarcome.

La présence du réticulum, des cellules lymphoïdes, serait en faveur, soit d'un mycosis, soit d'un lymphadénome.

Or, si l'on tient compte de l'uniformité de structure des cellules, de leur nature lymphoïde, de leur groupement et de leur disposition autour de nombreux capillaires, il semble que le diagnostic doit être plutôt celui de lymphadénome que de mycosis.

M. DARIER. — L'examen des coupes histologiques montre en effet la structure du lymphadénome; mais l'histologie ne permet pas de distinguer une tumeur mycosique d'un lymphadénome. C'est à la clinique de dire s'il existe des lymphadénomes en dehors du mycosis. Chez ce malade, l'aspect clinique des lésions me porte à croire qu'il s'agit d'un mycosis.

Lichen scrofulosorum chez un adulte.

Par MM. BALZER et POISOT.

La rareté relative de cette tuberculide au delà de 25 ans nous a engagés à en relater un cas observé chez un adulte dont nous présentons le moulage à la Société et dont voici l'observation clinique :

R..., 31 ans, garçon de café, vient à la consultation de Saint-Louis, le 25 juillet 1906, pour une éruption dont il fait remonter le début au mois d'avril précédent. Les premières lésions seraient apparues sur la poitrine. puis elles auraient gagné successivement toutes les parties du tronc.

Actuellement, l'éruption, en bouquets de papules, occupe la poitrine, l'abdomen, la région hypogastrique, les flancs, le dos, la région lombaire; elle est surtout abondante sur les parties moyenne et inférieure du tronc. Le cou, la tête, les membres supérieurs sont indemnes; les membres inférieurs très peu atteints; on note seulement quelques éléments à la face postérieure des deux cuisses. Cette éruption est constituée par de petites papules miliaires, arrondies, légèrement saillantes, en grains de plomb, grenues au toucher; leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de mil. La plupart sont d'un rose pâle, d'autres jaunâtres; quelques-unes sont rouges, avec aspect télangiectasique. Au centre de chacune d'elles on constate l'existence d'une très petite dépression punctiforme, brunâtre, qui se révèle encore plus nettement en badigeonnant la papule avec un peu de teinture d'iode ou de solution de bleu de méthylène; cette dépression, centrée par un follet, est en rapport avec un follicule pilo-sébacé. Quelques éléments présentent à leur sommet une petite pustulette jaunâtre. Quelques-unes de ces papules sont isolées, constituant çà et là des éléments aberrants. Mais la plupart sont groupées en bouquets ou en placards, séparés par des intervalles de peau saine où l'on trouve çà et là quelques macules érythémateuses. Ces bouquets de papules, dont certains sont confluent, reposent sur un fond érythémateux; le contour en est plus ou moins régulier; quelques-uns sont circulaires, d'autres en segments de cercle, la plupart ovalaires; les dimensions de ces groupements varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 5 francs et plus. Les papules sont surtout nombreuses à la périphérie des placards; vers le centre, qui est d'une teinte plus pâle et violacée, elles sont discrètes ou manquent complètement. Il n'y a pas d'induration au pourtour, la peau se plisse facilement.

L'éruption n'est nullement prurigineuse; il n'y a aucune lésion de grattage.

En présence de cette éruption, la première idée qui vient à l'esprit est celle d'une syphilide papulo-granuleuse ou mieux papuleuse

ponctuée. Cependant l'absence de papules sur les membres, la coloration pâle, la faible infiltration, ne sont guère en faveur de cette hypothèse. De plus, le malade nie tout antécédent de syphilis. Nous ne retrouvons d'ailleurs aucune trace de chancre récent, aucune cicatrice, pas d'adénopathie inguinale, cervicale, épitrochléenne, etc. Malgré l'abus du tabac, il n'y a pas trace de plaques muqueuses buccales ou gutturales. Il n'y a ni céphalée, ni alopecie. Les organes génitaux et l'anus sont intacts.

Par contre, le malade, qui est un éthylique, tousse depuis plusieurs mois et ses crachats sont souvent striés de sang; il aurait eu, il y a quelques semaines, une petite hémoptysie. Il a peu maigri, mais il a d'abondantes transpirations nocturnes. Sa femme, dit-il, tousse beaucoup et est atteinte de bronchite chronique. Chez lui la percussion révèle de la submatité au sommet droit, et, à l'auscultation, on entend en avant une respiration affaiblie, avec inspiration rude et saccadée. On ne trouve nulle part ailleurs d'autre tuberculose locale: pas de lupus, pas de lésions articulaires ou osseuses, pas de cicatrices ni d'hypertrophies ganglionnaires.

Ces commémoratifs, l'absence complète d'accidents syphilitiques actuels, la localisation de l'éruption au tronc, la coloration pâle des papules, leur dépression pilaire centrale, permettaient donc d'éliminer le diagnostic de syphilides, pour accepter celui de tuberculide ou de lichen scrofulosorum, chez un adulte très probablement au début d'une tuberculose pulmonaire.

Le traitement interne par l'arséniate de soude et le sirop iodotannique, des applications locales répétées de bleu de méthylène en solution hydro-alcoolique à 1 p. 100, amenèrent d'ailleurs une rapide amélioration, et lorsque, trois semaines plus tard, nous avons revu le malade pour la dernière fois, l'éruption était en voie de disparition.

Syphilides corymbiformes avec érythème péripapuleux.

Par MM. BALZER et POISOT.

Il s'agit d'un homme de 56 ans, veuf, père de deux enfants bien portants, de bonne santé habituelle, sans tares tuberculeuse ou alcoolique apparentes, qui contracta la syphilis en mars 1906. Il vient nous consulter vers le 15 avril. Il était alors porteur d'un énorme chancre induré de la partie droite de la lèvre inférieure, chancre non douloureux, s'accompagnant d'une volumineuse adénopathie sous-maxillaire.

Dans les délais normaux, malgré le traitement déjà institué (pilules de Dupuytren), apparaissent la céphalée, la roséole, et des plaques muqueuses multiples et très étendues de la bouche et des lèvres.

Vers le 20 juin, le malade nous revient, porteur de syphilides papuleuses

d'assez grandes dimensions, mais discrètes, qui sont irrégulièrement disséminées sur le tronc et les membres. Nous commençons alors une série de 6 injections d'huile grise, à 7^{me} de Hg. métallique par injection.

L'éruption n'en continue pas moins son évolution. Les papules augmentent de nombre et de dimensions; puis, vers le 13 juillet, elles s'entourent d'une auréole érythémateuse qui donne à l'éruption un aspect très spécial, bien rendu par le moulage de M. Baretta.

A ce moment, l'éruption est disséminée sur toutes les parties du corps; de nombreuses papules ont envahi la face et les membres, mais les nappes conjonctives péripapuleuses n'existent que sur le tronc et à la racine des membres, séparées d'ailleurs par de larges espaces de peau saine, où se montrent quelques papules aberrantes et quelques macules isolées.

Chaque groupe éruptif rappelle assez bien l'aspect des syphilides en corymbe: le centre est occupé par une grosse syphilide, presque papulo-tuberculeuse, papule majeure, dont les dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 50 centimes. Régulièrement arrondies ou ovales, très saillantes, lisses, ces papules ont une teinte foncée, d'un rouge vineux, et la peau est infiltrée à leur niveau.

Autour de cette papule centrale, on trouve bien çà et là quelques papules satellites, beaucoup plus petites, moins saillantes et de coloration plus claire, marquant ainsi la tendance au groupement en corymbe; mais ce qui domine c'est un érythème péripapuleux, d'un rouge plus pâle et moins vineux que celui de la lésion centrale; la coloration de ces placards érythémateux est inégale; ils semblent constitués par la confluence de macules qui laisseraient entre elles un réseau incomplet de peau saine; autour de la papule centrale notamment, il existe une bordure de quelques millimètres où la peau a sa coloration normale.

L'érythème péripapuleux diffuse assez loin de la papule centrale, proportionnellement, semble-t-il, aux dimensions de cette papule, circulaire comme elle, ou ovale dans le même sens qu'elle. Certains de ces placards érythémateux atteignent jusqu'à 10 centimètres de diamètre.

L'éruption ainsi constituée persista en l'état pendant plus de trois semaines, malgré les injections d'huile grise. Puis la régression se fit lentement. L'érythème diminua peu à peu d'intensité, s'estompa, puis disparut. Les papules persistèrent beaucoup plus longtemps; actuellement encore on retrouve la trace des plus grandes, sous forme de saillies à peine accusées et légèrement violacées.

Cette éruption de modalité nettement secondaire peut assurément être rapprochée des éruptions en corymbe, qui, sans être communes, sont regardées comme très spéciales à la syphilis. Cependant ce n'est pas une syphilide en corymbe typique. Il existe bien quelques papules satellites autour des papules majeures, mais elles sont rares et très disséminées. L'élément dominant, celui qui donne son cachet à cette éruption, c'est l'érythème péripapuleux; érythème qui n'est apparu que *vingt jours au moins après les papules et qui a disparu longtemps avant elles*; érythème qui s'est étendu autour des

éléments centraux proportionnellement à leurs dimensions, comme si de ces papules, centres d'élaboration, avait diffusé, en rayonnant dans les tissus voisins, la toxine du tréponème.

Ce cas est à rapprocher de ceux où M. Hallopeau (1) a signalé les troubles de pigmentation et de vascularisation que peuvent provoquer à leur périphérie les syphilides secondaires, — peut-être aussi de celui d'Audry et Laurent (2), bien qu'ici l'érythème ait précédé de quelques jours l'apparition des papules. Il semble possible que, dans tous ces cas, il s'agisse d'érythèmes toxiques, dus principalement à la diffusion de la toxine syphilitique autour de la papule. Mais cette opinion ne peut être émise que comme une hypothèse, car il est possible aussi que les tréponèmes s'étendent en petit nombre autour du foyer papuleux central.

Vaccine du sein chez une nourrice.

Par MM. BALZER et POISOT.

M^{me} B..., 24 ans, couturière, vient à la consultation de Saint-Louis, le 13 juillet 1906 pour des « boutons », qui sont apparus sur les seins au cours de l'allaitement. Cette jeune femme est mère d'un enfant de 13 mois, qu'elle nourrit au sein. L'allaitement s'est poursuivi sans autres incidents que des gerçures assez fréquentes et assez nombreuses, siégeant à la base des deux mamelons. Vers le 8 juillet, cette femme remarque sur le sein gauche quelques boutons prurigineux, dont le sommet devient rapidement blanchâtre; elle les recouvre, dans l'intervalle des tétées, de cataplasmes de fécule. Dès le lendemain, ces boutons sont beaucoup plus nombreux, et des lésions identiques apparaissent sur le sein droit. En même temps, se manifestent quelques phénomènes généraux, d'ailleurs légers, et qui disparaissent en 48 heures : petits frissons, un peu de fièvre, céphalée, courbature, perte de l'appétit. Un médecin consulté le 12 juillet envoie la malade à Saint-Louis, où nous l'examinons : Les deux seins sont le siège de lésions vésiculo-pustuleuses très étendues. Sur un fond érythémateux foncé, se détachent de nombreuses vésicules et pustules, qui occupent surtout la région de l'aréole, entourant ainsi le mamelon, qui ne présente que des lésions minimes jusqu'à un demi-centimètre de sa base : érythème léger des deux côtés, et une petite vésicule sur le mamelon gauche.

Les lésions sont surtout abondantes sur le sein gauche, où l'on compte jusqu'à 37 vésico-pustules dans la zone aréolaire; c'est dire combien elles sont rapprochées les unes des autres, confluentes même sur certains points. Elles sont à des stades différents d'évolution : à côté de vésicules typiques, dont les dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'un petit pois et dont le contenu est un liquide séro-purulent de coloration jaune clair, on

(1) HALLOPEAU. *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 3 mai 1900.

(2) AUDRY et LAURENT. *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 7 février 1901.

trouve de véritables pustules, arrondies, saillantes, dures, de coloration blanchâtre, renfermant un liquide trouble, et d'autres qui, rompues, se sont recouvertes d'une croûte brunâtre. Quelques-unes sont creusées en cupule et présentent un double contour : à la périphérie existe un petit liséré blanchâtre, entourant une zone de coloration jaunâtre, dont le centre est occupé par la dépression cupuliforme.

Du côté droit, l'aspect est analogue, mais les éléments sont moins nombreux et plus jeunes et on ne constate pas de confluence.

Au delà de la zone aréolaire, la peau des seins présente un érythème moins marqué, d'où partent quelques traînées lymphangitiques, se dirigeant vers l'aisselle, dont les ganglions sont un peu tuméfiés et douloureux à la palpation.

La malade ne présente plus de phénomènes généraux ; elle accuse un peu de cuisson au niveau des seins et du prurit local.

Son enfant est bien constitué, sa bouche est saine ; ni lui, ni sa mère ne paraissent entachés de syphilis.

Ayant fait dévêtir le nourrisson, nous constatons sur les deux bras des pustules vaccinales typiques, arrivées au début de la période de dessiccation ; elles sont consécutives, nous dit la mère, à une vaccination pratiquée le 27 juin, 12 jours par conséquent avant l'apparition des premières lésions mammaires chez la mère. Nous admettons sans hésitation l'identité de nature des lésions chez la mère et chez l'enfant, étant donné le temps écoulé entre l'inoculation vaccinale du nourrisson et l'apparition des lésions chez la nourrice. Celle-ci n'a d'ailleurs pas le souvenir d'avoir été revaccinée.

Cette femme ne voulant pas entrer à l'hôpital, nous lui conseillons un pansement protecteur anodin au liniment oléo-calcaire et nous l'engageons vivement à revenir nous voir. Nous désirions en effet faire mouler les lésions et en suivre l'évolution, pratiquer au besoin une auto-inoculation, qui au cinquième jour aurait encore eu des chances d'être positive. Mais la malade, malgré sa promesse, ne s'est pas rendue à nos instances et nous ne l'avons pas revue.

Cette éruption a vivement intrigué les médecins et élèves qui assistaient à la consultation ; au premier abord les uns parlaient d'herpès, d'autres pensaient à des chancres syphilitiques multiples des seins. L'embarras aurait pu se prolonger un peu, si la mère n'avait par hasard découvert l'épaule de son enfant et montré les pustules vaccinales qui s'y trouvaient encore à l'état de dessiccation. Le diagnostic dès lors s'imposait :

Pustules vaccinales des deux seins chez une nourrice, par inoculations multiples et successives au niveau de gerçures des aréoles, l'inoculation ayant pu se produire au moment des tétées par contact des seins avec les bras de l'enfant, ou encore par les mains de la mère elle-même, transportant le pus vaccinal des bras du nourrisson aux aréoles, le mamelon restant probablement mieux protégé contre l'inoculation, par le contact avec la bouche de l'enfant et par les mouvements de succion qui pouvaient le déterger.

C'est là un fait suffisamment exceptionnel pour que nous ayons cru devoir le rapporter.

Cancer de la face interne de la joue, guéri sans récurrence plus de trente mois après l'intervention.

Par M. MORESTIN.

M. D... que je vous présente, a été opéré le 14 avril 1904, d'un épithélioma de la face interne de la joue gauche, s'accompagnant d'adénopathie sous-maxillaire.

L'ulcération, grande comme une pièce d'un franc, occupait la partie inférieure de la joue et atteignait le sillon gingivo-génien, sans adhérer encore au maxillaire.

La lésion évoluait depuis 6 mois environ et s'était développée sur une plaque leucoplasique. J'enlevai les ganglions, le néoplasme et une notable étendue de la mâchoire, selon une technique que j'ai décrite au *Congrès international de chirurgie* (1900). Les suites furent très simples et le malade guérit très heureusement. Je ne relaterai pas tous les détails de l'observation qui a été publiée dans les *Bulletins de la Société Anatomique* (mai 1906). Je n'insisterai pas non plus sur le procédé opératoire, me bornant à signaler l'importance d'une part de l'éradication du territoire ganglionnaire, d'autre part de la résection de la mâchoire, qui permet une extirpation complète et met à l'abri de la constriction. Je veux seulement attirer votre attention sur la durée de la guérison sans récurrence. Trente mois et plus se sont écoulés depuis l'intervention, et rien ne fait présager de récurrence. La santé générale est magnifique ; l'état local est tout à fait satisfaisant. Il y a donc lieu d'espérer encore pour notre opéré une très longue survie sinon la guérison définitive.

Or ces cancers de la face interne de la joue comptent parmi les plus redoutables et, pour ma part, ce fâcheux pronostic me paraît complètement justifié. Mais quand ils sont pris de bonne heure, et opérés très largement, comme dans le cas particulier, les résultats peuvent être durables et bons.

M. A. FOURNIER. — Il faut féliciter M. Morestin de ce résultat qui est parfait au point de vue esthétique et qui constitue un véritable succès opératoire puisque l'intervention, faite il y a 30 mois, n'a pas encore été suivie de récurrence. Ce cas est comparable à ceux que M. Poirier signalait récemment à l'Académie de médecine.

A un autre point de vue, ce malade est un nouvel exemple de cancer survenu à la suite d'une leucoplasie consécutive elle-même à la syphilis. On sait depuis longtemps que la syphilis peut donner lieu au cancer de la bouche ; on

a signalé récemment qu'elle peut aussi produire du cancer en d'autres régions, particulièrement à l'utérus. (Franceschini, *Annales des maladies vénériennes*, nov. 1906.)

Épithélioma du gland traité par la décortication du gland ; présentation du malade guéri, quatre mois après l'intervention.

Par M. MORESTIN.

J'ai à plusieurs reprises insisté sur la réelle importance qu'il y aurait à réduire les mutilations qu'il est classique de pratiquer dans

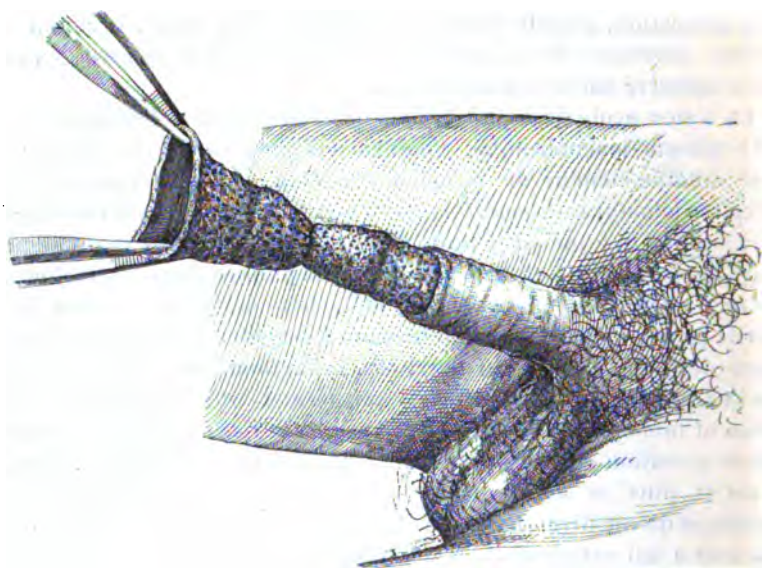


FIG. 1.

les interventions pour cancer de la verge. Ces opérations économiques sont autorisées, moins encore par la qualité de l'organe, que par l'extension très lente et longtemps superficielle des lésions et par la possibilité d'un diagnostic très précoce.

Conformément à cette idée j'ai, chez le malade que je vous présente, pratiqué, pour un épithélioma du gland, dont les allures étaient relativement bénignes, non pas la cruelle amputation de la verge, mais la *décortication* du gland, opération qui, à ma connaissance, n'avait jamais encore été tentée.

Quand j'observai le malade au mois de septembre 1903, le gland était couvert de papillomes cornés dont un au moins avait subi la transformation épithéliomateuse et formait une masse végétante, en chou-fleur, saignante, hérissée de longues papilles d'un gris

rosé. Toute la muqueuse balanique était altérée. Le prépuce manquait, le sujet ayant été circoncis en 1904.

Je pris le parti de sacrifier la muqueuse du gland, le frein, le

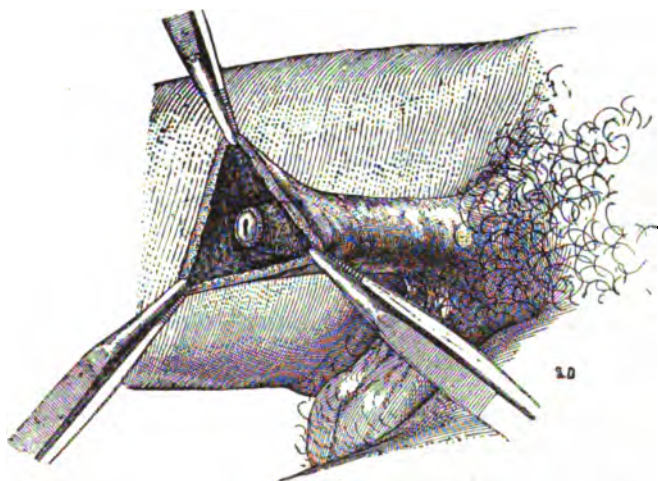


FIG. 2.

revêtement du sillon préputial et de couvrir immédiatement le tissu caverneux exposé par cette dissection, à l'aide d'une

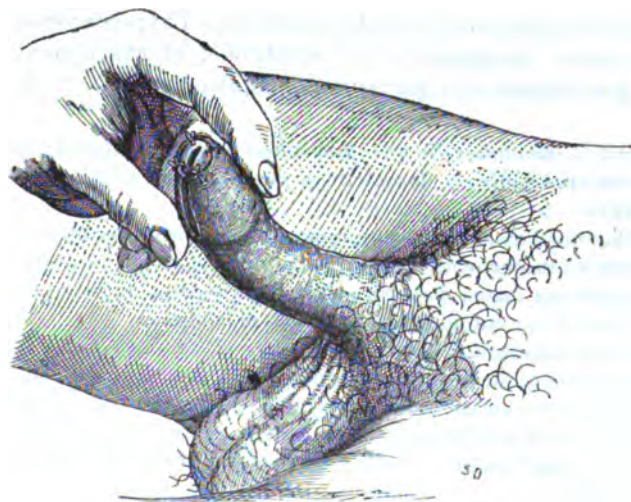


FIG. 3.

autoplastie par glissement, en attirant en avant et suturant au pourtour du méat les téguments du fourreau.

Cette opération eut lieu le 9 septembre 1905 et ne présenta aucune difficulté. Les suites en furent très simples et la guérison opératoire fut obtenue en peu de jours. En décembre 1905, en présentant à la Société Anatomique la pièce dont M. Milian avait bien voulu faire l'examen histologique, je pouvais déjà donner de bonnes nouvelles de mon opéré en ce qui concerne les fonctions de la verge. Aujourd'hui, 14 mois après l'intervention, la situation reste excellente. Aucune trace de récurrence. L'érection est parfaitement normale. A ce moment le gland se dessine sous les téguments. Le coït s'exécute sans difficulté ni souffrance, et le malade se déclare à cet égard pleinement satisfait.

Scléromie de l'adulte avec pigmentation de la muqueuse buccale.

Par MM. AUDRY et BOYREAU.

Conformément au sage conseil de E. Besnier, j'ai conservé le nom de « scléromie » pour désigner la maladie dont voici une observation résumée; il s'agit d'une dermatosclérose généralisée à évolution rapide. Parmi les différentes variétés de sclérodémie, c'est de beaucoup la plus rare. Toutefois notre observation est tellement conforme au type connu que nous ne l'aurions pas fait connaître, si le malade n'avait présenté une manifestation tout à fait inaccoutumée, ou peut-être simplement inaperçue jusqu'ici : *une pigmentation intense de la muqueuse buccale*, semblable à l'hyperchromie cutanée qui fait partie intégrante de ce syndrome, et exactement comparable, par ailleurs, à la pigmentation addisonienne de la bouche.

Albert C..., menuisier, 70 ans, sans antécédents héréditaires connus, a eu le choléra en Crimée, la dysenterie et du paludisme en Algérie. Vie sobre et régulière.

Le début de la maladie actuelle remonte au mois de décembre 1905; elle a commencé brusquement et sans raison apparente, par un prurit extrêmement violent des mains d'abord, puis de tout le corps, prurit exaspéré pendant la nuit. Il n'y eut jamais ni rougeurs, ni boutons.

Après une application d'une pommade indéterminée, toute la peau se gonfla en quelques heures; depuis lors, elle n'a jamais repris son épaisseur et sa consistance normales; au contraire, elle est devenue de plus en plus ferme, de plus en plus dure. En même temps, elle prenait une couleur brune de plus en plus foncée, et cette coloration s'opéra d'une manière diffuse, totale et égale.

Le malade entra à la clinique de Toulouse le 26 juin 1906; depuis quelques semaines, il trouvait que ses mouvements étaient gênés; leur amplitude étant comme bridée par une peau courte, raide, privée de souplesse et de mobilité par rapport aux parties profondes.

Le prurit était toujours extrêmement pénible.

A son entrée, c'est un homme de petite taille, courbé en avant par une sorte de cyphose dorsale régulière qui ne date que de la maladie.

L'état général est passable. Toute la peau présente une couleur ardoisée diffuse, tirant un peu plus sur la teinte sépia que chez les vrais addisoniens. Sur les cuisses et le dos, traces de grattage.

Aucune autre réaction; point de parasites.

La totalité du tégument est gonflée et indurée; à un degré un peu moindre aux extrémités. Elle glisse mal; elle adhère à l'aponévrose, surtout aux cuisses, où elle semble suivre ou arrêter les muscles; elle est collée aux tibias, aux saillies épiphysaires du genou (fémur). Au toucher, elle résiste fortement, recevant peu ou point l'empreinte du doigt. Tous les mouvements, quels qu'ils soient, sont gênés, gauches; les doigts sont les moins entravés. Il n'y a pas de modification bien appréciable dans les lèvres; les yeux offrent un léger degré d'ectropion. L'épiderme est généralement brillant, mais sans autre modification, sauf au niveau des tempes et des joues, où il offre une apparence pityriasique, rose.

Les phanères sont intactes; les cheveux sont très rares, mais la calvitie est antérieure.

La muqueuse qui tapisse la face interne des joues présente de larges taches brunes ayant à peu près la même couleur et la même intensité de ton que la peau. Ces taches assez mal limitées ont leur maximum à droite, au niveau du sillon interdentaire, et suivant le prolongement des commissures; rien d'anormal sur la langue, ou l'isthme du gosier.

Rien aux poumons. Hypertension artérielle et artériosclérose; deuxième bruit clangoreux; arythmie manifeste. Examen des viscères abdominaux négatif.

Urines : 1 litre environ par 24 heures, acides, contenant : urée 8,07, chlorure 14, phosphate 1,05 et de faibles traces d'albumine.

Point d'anesthésies ni de parésies. Depuis quelques semaines, crises sudorales profuses, surtout le matin.

Traitement : bains, régime lacté, pommade de zinc, lotions phéniquées. Le 4 juillet, prurit un peu amélioré. Le 5, syncope légère. Le 9, exacerbation du prurit; on supprime le régime lacté. Le 1^{er} juillet, toux, quelques râles aux bases; héroïne. 16 juillet, amélioration notable du prurit; 20 juillet, cette amélioration persiste; 23 juillet, les membres inférieurs sont un peu œdémateux. Deux jours après, le malade exige sa sortie. Le prurit est fort amélioré, mais les autres symptômes sont stationnaires.

Examen du sang à ce jour : hématies, 4 743 000; leucocytes, 25 730.

Nous eûmes beaucoup de peine à obtenir des nouvelles de ce patient; enfin nous apprîmes que le 24 août, le malade avait présenté une sorte d'état syncopal, et qu'il était mort le 26 août. Depuis sa sortie de l'hôpital, les symptômes paraissent s'être aggravés. Les mouvements, la marche étaient devenus extrêmement difficiles; c'est à peine s'il avait pu descendre son escalier 5 à 6 fois; ses voisins avaient été frappés de l'augmentation de sa cyphose : « il faisait le cercle », disaient-ils en méridionaux expressifs. Enfin sa peau avait pris une couleur brun noirâtre encore plus intense. Il ne mangeait plus, et absorbait seulement du lait, des fruits, quelques œufs.

La compression veineuse comme moyen diagnostique d'une roséole latente.

Par MM. J. HORAND et R. HORAND.

Au cours des nombreuses ponctions, que nous avons pratiquées depuis 1903, chez les syphilitiques, dans le but de chercher les parasites de leur sang, les flagellés (tréponèmes de Schaudinn), ou les sphères (ou spores), nous avons remarqué que la stase déterminée par la compression veineuse, rendait beaucoup plus évidente la roséole, *la rendait même visible, alors qu'elle était latente auparavant.*

C'est pourquoi nous avons déjà, en faisant une communication à la Société de médecine, appelé l'attention sur ce petit moyen, qui peut rendre de grands services aux praticiens, dans un diagnostic hésitant (1).

Il est d'autant meilleur qu'il est très simple. Il consiste uniquement à poser circulairement, sur la racine d'un membre, d'un bras, par exemple, un lien très souple de caoutchouc et de le maintenir pendant quelques minutes, avec une pince hémostatique. On pourrait aussi se servir d'une bande de toile ou de tout autre lien. Le bras devient vite violacé et les macules de l'éruption latente deviennent apparentes, rouges, cuivrées et livides.

En considérant, d'ailleurs, la photographie des bras d'une de nos malades, on peut se rendre compte que les macules de la roséole sont du côté où la bande élastique a été posée, c'est-à-dire à gauche, foncées, saisissantes, évidentes en un mot, alors que du côté opposé, du côté droit, elles sont imperceptibles.

Ce moyen bien simple nous a permis de diagnostiquer quelquefois une roséole, alors que, même avec un verre bleu, on ne pouvait l'apercevoir. Nous n'avons qu'à relater l'observation de cette femme, de 58 ans, M. L. M..., honnête mère de famille, qui nous a fourni l'occasion de publier cette photographie, pour en donner un bon exemple.

Cette brave femme, souffrant de la tête depuis quelques semaines, avec des insomnies et surtout des troubles gastriques intenses, avait consulté plus d'un médecin en renom. Comme *elle ne présentait aucune éruption apparente sur le corps*, aucun accident spécifique, il avait été impossible de faire un diagnostic et on la croyait atteinte d'une affection de l'estomac. Elle entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre maître, M. le professeur Jaboulay, où nous l'avons examinée.

Son anémie nous frappa tout d'abord, et comme, d'autre part, au

(1) *Société de médecine*, 21 mai 1906. — *V. Lyon médical*, 1906, p. 1280.

cours de notre examen, elle insistait sur des céphalées et une surdité récente et brusque, nous suspectâmes une syphilis insontium. Nous appliquâmes une bande élastique et nous fîmes de la compression veineuse sur son bras gauche. Au bout de 2 à 3 minutes *la roséole apparaissait sur ce bras gauche et permettait de poser un diagnostic ferme*. Il s'agissait d'une syphilis ignorée et latente.

Depuis lors, l'évolution même de la maladie nous a donné raison ; cette malade a présenté des plaques muqueuses buccales, pharyngées et vulvaires, elle a eu des papules dans la paume des mains, de l'iritis syphilitique de l'œil droit.

Bien que l'on n'ait pas pu trouver le chancre primitif, cette femme a eu une syphilis non douteuse.

Voilà donc encore un cas où la bande élastique a rendu service à une malade, en permettant un diagnostic ferme et un traitement spécifique.

La compression veineuse peut rendre des services, non seulement pour diagnostiquer d'une façon précoce une syphilis, que nul ne pourrait diagnostiquer sans elle, mais encore pour mettre en évidence, lors des démonstrations à des élèves, les éruptions papuleuses syphilitiques peu caractéristiques, en leur donnant leur triste teinte et en exagérant leurs caractères spécifiques.

Cette compression élastique n'offre pas de grands dangers ; toutefois il faut être prudent dans l'application de ce lien. Nous avons vu se produire en maintenant 15 minutes la bande élastique, outre une congestion intense des papules du bras, des pétéchies et des taches purpuriques sans gravité d'ailleurs. Ceci indique seulement combien sont fragiles les capillaires et les vaisseaux des syphilitiques.

Quel est le mécanisme de cette compression veineuse ?

Nous admettons comme étant une explication simple et plausible que la compression des veines amène la réplétion des capillaires veineux et artériels, la dilatation et la congestion des territoires qui en sont tributaires. Or, les macules de la roséole correspondent justement aux territoires des capillaires de la peau et forment de petits flots sanguins hyperhémisés. En produisant artificiellement la congestion de ces capillaires, on exagère aussi l'hyperhémie latente des macules qui en dépendent, on rend ces dernières visibles.

Cela est si vrai, et tel paraît être le mécanisme de ce procédé clinique, que l'expérience inverse, *la compression artérielle, après anémie du membre par un massage montre, au contraire, une anémie de ces mêmes lésions, une disparition presque totale de l'éruption spécifique*.

La Société décide de reporter au mois d'avril 1907 la séance supplémentaire (consacrée au traitement du lupus tuberculeux) qui devait avoir lieu le 20 décembre 1906.

Une autre séance supplémentaire, destinée à la discussion de la pharmacologie de l'huile grise, aura lieu le 21 février 1907.

Le Secrétaire :

L. BRODIER.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1906

Présidence de M. H. Hallopeau.

SOMMAIRE. — Ouvrage offert à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : Sarcome à myéloplaxes primitif de la peau (examen histologique du cas présenté par MM. Gaucher et Hallopeau sous le titre : Sur un mycosis fongolde à forme ulcéreuse et serpigneuse), par M. MILIAN. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Épithélioma lobulé corné de la langue guéri depuis dix-huit mois, après opération chirurgicale et radiothérapie consécutive, par M. PAUTRIER. — Épithéliomas de la lèvre inférieure et de la face, par M. MORESTIN. — Épithélioma de la tempe adhérent au squelette, extirpation ; greffes dermo-épidermiques appliquées secondairement, par M. MORESTIN. (Discussion : M. DANLOS.) — Rhinophyma opéré par l'abrasion modelante, par M. MORESTIN. — Perforations syphilitiques du palais opérées avec succès, par M. MORESTIN. — Angiomes des lèvres, par M. MORESTIN. — Traitement du nævus vasculaire par le radium, par MM. WICKHAM et DEGRAIS. (Discussion : MM. DANLOS, BROcq, WICKHAM.) — Sur un cas de nævi systématisés lichénoïdes très nombreux, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. (Discussion : M. RENAULT.) — Deuxième note sur une nouvelle forme d'altération papillomateuse en arc du cuir chevelu, par M. HALLOPEAU. — Syphilis en activité et tabes chez le même individu, par MM. DANLOS et DERoy. (Discussion : MM. RENAULT, HALLOPEAU, DANLOS.) — Sur les dangers et la composition du topique dit « Prodermos », par MM. JACQUET et DEBAS. (Discussion : M. BROcq.) — Liséré mercuriel, par M. MILIAN. — Xeroderma pigmentosum avec épithélioma de la face, par MM. BALZER et MERLE. — Cas probable de xeroderma pigmentosum fruste, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. — Valeur comparative de l'examen clinique et de l'examen histologique dans le diagnostic des tumeurs ulcérées de la peau, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. (Discussion : M. DARIER.) — Sur un cas de trichophytie disséminée du tronc, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. — Sur une pandermatite pénienne consécutive à des chancres indurés, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. — Sur une variété lipomateuse de la maladie de Dercum avec caractères particuliers, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. — Nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaris, par M. MILIAN. (Discussion : MM. PAUTRIER, JACQUET, MILIAN, HALLOPEAU, BALZER, DARIER.) — Tuberculides papulo-nécrotiques transformées in situ en lichen scrofulosorum, chez une fillette de 13 ans atteinte de tuberculose osseuse et ganglionnaire, par MM. DARIER et BAISSEY. — Leucoplasie et épithéliomatose surtuberculeuses, par M. AUDRY. — Hyperhidrosis nigricans, par M. AUDRY. — Syphilis cérébrale précoce ; artérite du tronc basilaire et foyer de ramollissement protubérantiel ; guérison. Artérite de la sylvienne, méningite, mort ; autopsie, par M. CONSTANTIN. — Élections. — Prix Zambaco.

Ouvrage offert à la Société.

Professeur E. GAUCHER. — Le chancre et les syphilides cutanées et muqueuses, Doin, 1907.

A L'OCCASION DU PROCES-VERBAL

Sarcome à myéloplaxes primitif de la peau (examen histologique du cas présenté par MM. Gaucher et Hallopeau dans la séance du 5 juillet sous le titre : mycosis fongoïde à forme ulcéreuse et serpigineuse).

Par M. MILIAN.

J'ai eu l'honneur, pendant les mois d'août et de septembre 1906, de remplacer M. Hallopeau, dans son service de l'hôpital Saint-Louis. J'y ai trouvé le malade qu'il a présenté à la *Société de dermatologie*, en juillet 1906, conjointement avec M. Gaucher (1).

L'aspect des lésions était toujours identique :

Le membre inférieur droit, très atrophié, présentait à la face dorsale du genou une vaste ulcération végétante rouge, couleur chair musculaire, assez analogue à une plaie simple bourgeonnante, dont les bourgeons charnus ont dépassé le plan des téguments. La cuisse était couverte de cicatrices souples, blanches, à contours réguliers. Les autres ulcérations décrites dans l'observation de MM. Gaucher et Hallopeau existaient toujours. Le membre était constamment immobilisé en demi-flexion par la vaste ulcération du genou. Cet homme était très amaigri, il avait le teint terreux et blême. Les souffrances étaient intolérables : dès que le pansement humide était enlevé, elles devenaient terribles et arrachaient au malade de pénibles plaintes. Le sommeil devenait impossible et chaque jour, cet homme réclamait à cors et à cris qu'on le débarrassât de ce membre qui le faisait tant souffrir.

D'accord avec M. Hallopeau, je fis passer ce malade en chirurgie, dans le service du D^r Rochard, remplacé par le D^r Lenormant, qui pratiqua la désarticulation de la hanche.

Autopsie du membre désarticulé. — Un examen attentif de la cuisse et du genou a révélé les particularités suivantes :

Les ulcérations siègent exclusivement au niveau de la peau et ne pénètrent pas dans la profondeur : muscles, tendons, squelette sous-jacents sont absolument indemnes. Les ulcérations sont, en réalité, des *infiltrations néoplasiques* et non pas de simples pertes de substance. A leur niveau, en effet, le tégument possède une épaisseur double, triple ou davantage, car elle peut atteindre un centimètre, particulièrement au niveau du bourrelet éversé du rebord des tumeurs.

Sur la coupe perpendiculaire à la surface de la peau, faite dans toute la longueur du membre, les cicatrices cutanées apparaissent minces et non rétractiles.

(1) *Bulletin de la Société de Dermatologie*, juillet 1906, p. 380.

Disséqué dans toute son étendue, le fémur est dépourvu de toute altération. Il ne présente qu'une légère adhérence avec les téguments superficiels au niveau du condyle interne.

Il s'agit simplement d'une petite adhérence inflammatoire, car on n'y voit nulle trace d'infiltration néoplasique. Il en est de même au-devant de la rotule, où les téguments sont symphysés. On voit, d'ailleurs, très nettement, sur une coupe normale à l'os, que celui-ci est séparé du tégument infiltré de néoplasme par du tissu non infiltré, dont on distingue les diverses couches aponévrotique, adipeuse, etc.

Le fémur, scié perpendiculairement à son axe, a conservé sa dureté; la moelle osseuse y paraît normale, l'articulation du genou est saine, sans la moindre ankylose, et les cartilages synoviaux ont conservé leur poli.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Des coupes ont été pratiquées par l'hématoxyline-éosine, la thionine, le van Gieson.

La tumeur est, en majorité, formée de grosses cellules arrondies ou dessinant un quadrilatère irrégulier, représentant à peu près huit à dix fois le volume d'un lymphocyte. Le protoplasma est bien coloré par l'éosine, médiocrement par la thionine, quelquefois vacuolaire; le noyau remplit les cinq sixièmes de la cellule; il est, ou arrondi, ou conique, ou bilobé, ou ovalaire, ou triangulaire. Ce noyau est clair et présente des granulations petites, uniformément répandues dans sa masse.

Il existe, en outre, un nombre considérable de myéloplaxes à noyau tire-bouchonné ou trilobé ou plus irrégulier encore, qui est également clair, à granulations et à nucléoles. Quelques-unes de ces cellules, mais très rarement, ont manifestement plusieurs noyaux; le protoplasma de ces myéloplaxes est rempli de vacuoles quelquefois extrêmement volumineuses; dans certaines, le noyau a disparu et il ne reste plus que le protoplasma vacuolaire.

On saisit tous les intermédiaires entre les myéloplaxes et les cellules rondes, décrites en premier lieu, et il est manifeste que ceux-là dérivent de celles-ci.

Il existe, en outre, un assez grand nombre de cellules embryonnaires à noyau rond clair et granuleux, auxquelles il semble manquer l'opacité pour être des lymphocytes.

Il existe au sein de ces diverses cellules, assez fréquemment, des figures de karyokinèse régulières.

Dans les régions voisines de la surface, existent des polynucléaires. De temps en temps, on rencontre, dans les préparations à la thionine, une mastzelle.

On ne trouve pas d'éosinophiles, bien que la pièce ait été fixée au formol.

Les cellules de la tumeur sont isolées les unes des autres sans ciment intercellulaire; elles sont séparées par un réticulum des plus évidents, formé aux dépens de cellules conjonctives hypertrophiées qui conservent nettement leur individualité. Ce réticulum s'appuie sur des parois de vaisseaux, eux-mêmes constitués presque uniquement par des cellules conjonctives. De nombreux capillaires à cellules endothéliales volumineuses parcourent la

masse et paraissent creusés dans la tumeur; beaucoup d'entre eux sont gorgés de sang et renferment aussi quelques polynucléaires.

La zone d'envahissement, voisine de la tumeur, montre des cellules conjonctives très hypertrophiées et par places, même, des faisceaux conjonctifs épaissis, mais il ne semble pas que les cellules conjonctives participent à la formation des cellules de la tumeur, autrement dit, que celles-ci résultent de la transformation directe de celles-là. Au niveau de la tumeur, l'épiderme a disparu. A la périphérie de celle-ci, l'épiderme est atteint d'hyperacanthose avec disparition des couches superficielles de l'épiderme, du *stratum granulosum*; en particulier, les couches superficielles de cet épiderme sont infiltrées de nombreux leucocytes. Le corps muqueux de Malpighi est œdémateux; ses cellules sont vacuolaires à noyau excentrique, et ressemblent à des vésicules adipeuses. Les papilles sont très œdémateuses, remplies de capillaires, gorgées de globules rouges et possèdent quelques polynucléaires. Dans le liquide d'œdème on trouve, éparses et en petit nombre, les diverses variétés des cellules de la tumeur, ainsi que des cellules conjonctives hypertrophiées. Sur certaines coupes, l'épiderme envoie des boyaux irréguliers dans la profondeur, comme s'il s'agissait d'épithélioma.

Les papilles sont très œdémateuses, remplies de capillaires, gorgées de globules rouges et possèdent quelques polynucléaires. Dans le liquide d'œdème on trouve, éparses et en petit nombre, les diverses variétés des cellules de la tumeur, ainsi que des cellules conjonctives hypertrophiées.

Réflexions. — Il s'agit donc d'un sarcome à myéloplaxes primitif de la peau. La clinique a montré le début par la peau; et l'anatomie, la localisation unique des tumeurs à la peau.

Il s'agit bien, histologiquement, d'un sarcome, étant donnés le volume des cellules et la présence des néo-vaisseaux. C'est cette catégorie de tumeurs primitives de la peau que Darier a décrites sous le nom de lympho-sarcomes (1) à cause de la présence d'un réticulum.

M. HALLOPEAU. — Je rappellerai que, dans ce cas, la biopsie faite par M. Gastou a montré, comme l'examen fait par M. Milian, la présence d'un réticulum net. N'est-ce pas là un argument d'une grande valeur en faveur d'un mycosis? Nous rappellerons que, d'autre part, les caractères cliniques de la lésion indiquaient qu'il s'agissait vraisemblablement de néoplasies de cette nature.

**Épithélioma lobulé corné de la langue guéri depuis dix-huit mois,
après opération chirurgicale et radiothérapie consécutive.**

Par M. PAUTRIER.

J'ai déjà eu l'honneur de montrer à la *Société de dermatologie*, au mois de juillet 1905, le malade qui fait l'objet de cette observation;

(1) DARIER. *Pratique dermatologique*, t. III.

je l'avais présenté comme un insuccès de la radiothérapie dans le traitement du cancer de la langue.

Je rappelle brièvement la description clinique des lésions, telles que j'avais pu les examiner avant tout traitement :

M. L..., 47 ans, syphilitique, fumeur, présentant plusieurs plaques de leucoplasie sur la muqueuse linguale, présente, en outre, une tumeur volumineuse qui occupe la moitié gauche de la langue, dans le tiers moyen de cet organe. Plus exactement, elle commence juste au niveau du bord gauche de la langue et s'étend sur la face dorsale, dépassant un peu la ligne médiane. Elle mesure 3 centimètres de long sur 2 de large et 1 centimètre de hauteur, au niveau de sa partie médiane la plus élevée. Sa surface est irrégulière, végétante, bosselée ; elle présente des saillies arrondies, limitées par des sillons peu profonds. Le bord de la tumeur est très nettement délimité sur tout son pourtour, d'abord par la saillie très nette qu'il fait sur la surface de la langue, et ensuite par un sillon qui sépare le bord de la tumeur, de la langue elle-même. Ce sillon n'a pas partout la même profondeur : à gauche, sur le bord de la langue, il est à peine indiqué, et ne reçoit que la pointe d'un stylet, tandis que, sur la surface médiane de la langue, il s'enfonce profondément sous la tumeur.

En d'autres termes, à ce niveau, celle-ci a une surface d'implantation beaucoup plus faible que sa surface de recouvrement, rappelant la disposition d'un champignon. Sur ce point, la tumeur est donc nettement pédiculée.

La couleur de cette masse végétante est la teinte rose ordinaire de la muqueuse linguale. Cependant, sa surface est recouverte par places d'un enduit blanchâtre très adhérent, de consistance cornée.

Au toucher, la tumeur est dure et résistante. Cependant, si l'on palpe la langue dans son épaisseur, dans la partie sous-jacente à la tumeur, on ne sent pas de noyau d'induration profonde ; la masse végétante semble s'être développée uniquement à l'extérieur, en surface.

En palpant toute la région sous-maxillaire avec beaucoup de soin, on trouve, de chaque côté, près de l'angle du maxillaire, un petit ganglion non douloureux, facilement mobilisable, résistant.

Une biopsie, faite avant tout traitement, montre qu'il s'agit d'un épithélioma lobulé corné.

A la demande du malade, qui voulait éviter une opération chirurgicale, et tenté par le côté « extériorisé » de la tumeur, qui paraissait développée toute en surface, avec un minimum d'infiltration de la portion linguale sous-jacente et un retentissement ganglionnaire presque insignifiant, j'avais essayé le traitement radiothérapique. Celui-ci, poursuivi pendant quatre mois et demi, au cours desquels la tumeur absorba 65 H, avait produit, dès le début, des modifications telles, que j'avais cru tout d'abord à la guérison possible : la masse de la tumeur avait diminué considérablement de volume, s'était affaissée, avait paru fondre. Puis, avec les périodes de traitement ou de repos, avaient succédé des alternatives de régression et de réci-

dive. Mais bientôt la tumeur regrossit et un nouveau noyau cancéreux apparut sur le bord gauche de la langue, près du plancher de la bouche. Je déclarai alors au malade, sur les instances duquel j'avais prolongé le traitement plus que je ne l'aurais voulu, que je me refusais absolument à continuer la radiothérapie et je le décidai à subir l'opération nécessaire.

L'état, en juillet 1905, était le suivant :

Depuis un mois que les lésions n'avaient plus été traitées, la tumeur avait de nouveau grossi : elle mesurait environ 2 centimètres et demi de long, sur un et demi de large ; elle formait une masse arrondie, dure, lardacée, parsemée d'ulcérations sanieuses ; à sa partie antérieure s'était développée une masse secondaire, une sorte de bourgeonnement, séparé de la tumeur principale par un sillon.

De plus, on trouvait sur le bord gauche de la langue, à cheval entre ce bord et le plancher de la bouche, une nouvelle tumeur qui, en un mois, s'était développée rapidement ; elle était allongée d'avant en arrière, ayant la forme d'une amande verte coupée en deux et répondant, par sa tranche, au rebord du maxillaire ; cette nouvelle tumeur mesurait 2 centimètres de long sur 1 de large ; elle était d'aspect blanchâtre, lardacée, très douloureuse.

En même temps, le malade souffrait de douleurs très vives dans l'oreille ; il maigrissait considérablement.

Malgré les conditions favorables, l'extériorisation des lésions qui permettait de les atteindre facilement, l'intensité du traitement fait, l'échec de la radiothérapie était donc complet. Il semblait même qu'elle eût provoqué une aggravation : on pouvait admettre que la seconde tumeur s'était formée indépendamment de tout traitement ; cependant, sa rapidité d'évolution était frappante.

Je demandai à mon maître et ami, M. Sébilleau, de vouloir bien pratiquer l'opération nécessaire. Celle-ci ne paraissait pas se présenter dans des conditions très heureuses ; en raison de la rapidité d'évolution de la masse secondaire, et tout en décidant l'intervention chirurgicale, qui restait la seule ressource, nous faisons toutes les réserves que comporte, en général, le pronostic de ces exérèses.

L'opération fut pratiquée le 13 juillet 1905. La langue fut incisée et réséquée obliquement, presque toute la moitié gauche et toute la pointe de cet organe furent enlevées ; l'incision débordait de plus d'un centimètre toutes les limites visibles de la tumeur ; on put cependant conserver un moignon de langue, représenté par la base et une portion de la moitié droite du muscle lingual. L'opération put être complètement pratiquée par voie, buccale. Une incision cervicale latérale permit d'aller à la recherche des ganglions carotidiens qui furent méthodiquement disséqués et extirpés.

Les suites opératoires furent parfaites. Il convient en effet, comme l'a fait remarquer M. Sébilleau, de faire une distinction importante

entre les cancers de la moitié antérieure de la langue, dont l'ablation est beaucoup moins sévère, et les cancers de la moitié postérieure, envahissant le sillon glosso-épiglottique, l'épiglotte, et nécessitant une pharyngectomie complémentaire, qui entraîne une mortalité opératoire considérable par septicémie, septicémie respiratoire, septicémie digestive, septicémie veineuse.

De même, au point de vue opératoire, il n'y a pas de comparaison entre l'ablation par les voies naturelles, par la cavité buccale, chaque fois qu'elle est possible, la manière surprenante dont se défend la bouche quand elle n'a pas été mise par des incisions cervicales en communication avec le tissu cellulaire du cou, et l'intensité des septicémies qui suivent la destruction large du plancher buccal, l'ouverture du pharynx.

Notre malade était donc dans de bonnes conditions opératoires, l'opération ayant pu se faire par la cavité buccale, et les ganglions ayant été recherchés et enlevés séparément, par des incisions méthodiques.

Au bout de quinze jours, nous fîmes, par précaution, une première séance de radiothérapie sur la plaie linguale et sur le trajet des incisions ganglionnaires, faisant absorber 4 H à chaque région. Quatre autres séances semblables ont été pratiquées ensuite, de 15 jours en 15 jours, dans des conditions identiques.

Or, aujourd'hui, un an et demi après l'intervention chirurgicale, la guérison se maintient, complète. Le moignon de langue s'est parfaitement cicatrisé ; il permet au malade de manger facilement, et de parler de façon à se faire comprendre sans peine, malgré une certaine gêne de la parole. Mais le malade, qui est sergent de ville, a pu reprendre, depuis plus d'un an, son service actif. On trouve actuellement, au niveau de la cicatrice opératoire de la langue, une sorte de saillie un peu mamelonnée, mais qui existe depuis un mois après l'opération ; elle est vraisemblablement due à une sorte de hernie du muscle lingual comprimé par les bandes cicatricielles qui se sont formées sur le moignon lingual ; elle a toujours le même aspect, la même consistance, depuis plus d'un an, et il ne s'agit certainement pas, à l'heure actuelle, d'un noyau de récurrence sur ce point. On ne trouve aucun ganglion sous-maxillaire, ni carotidien.

Voici donc un cas, profondément encourageant, à ajouter à la liste, trop courte, malheureusement, des cancers guéris par l'opération. Je ne reviendrai pas sur les réflexions dont j'avais accompagné la présentation de ce malade, en juillet 1905, touchant l'action négative, et peut-être défavorable de la radiothérapie, dans le traitement du cancer de la langue. Les rayons X, qui constituent un traitement si remarquable de l'épithélioma cutané, sont bien loin de posséder une action thérapeutique semblable sur les épithéliomas des muqueuses.

Il importe donc de ne leur demander que ce qu'ils sont capables de donner, pour leur conserver tout leur crédit. Je ne crois pas qu'il ait été publié un seul cas de cancer de la langue guéri par la radiothérapie seule, vraiment probant, et accompagné de tous les documents et examens histologiques confirmatifs. La radiothérapie, dans des cas semblables, ne semble donc devoir intervenir qu'après l'exérèse. Sans doute, l'opération chirurgicale n'est très souvent qu'un moyen de prolonger le malade, et ce n'est pas d'un seul cas heureux que l'on peut tirer des conclusions générales. Néanmoins, il y a là, nous semble-t-il, un élément propre à corriger quelque peu le pronostic, en général si sombre, de cette affection. C'est à ce titre que ce malade nous a paru intéressant à présenter. J'ajouterai, pour terminer, que l'examen histologique de la tumeur enlevée, pratiqué sur plusieurs points, a montré partout qu'il s'agissait bien d'un épithélioma lobulé corné.

Épithéliomas de la lèvre inférieure et de la face.

Par M. MORESTIN.

Cet homme, âgé de 50 ans, Louis H..., mécanicien de chemin de fer, était porteur de trois petits épithéliomas, développés : l'un au-devant de l'oreille droite, sur les téguments de la région parotidienne ; l'autre, sur la bosse frontale droite ; le troisième, sur la lèvre inférieure. La lésion préauriculaire évoluait depuis plus de six ans. Elle était grande comme une de nos anciennes pièces de 20 centimes. Elle était ulcérée, entourée d'un léger bourrelet et présentait un fond irrégulier, couvert de fines végétations inégales, offrant, d'ailleurs, l'aspect caractéristique des épithéliomas. La lésion avait progressé avec une très grande lenteur ; sous l'influence d'une application caustique, elle s'était même cicatrisée en partie, et sur son pourtour demeurait encore une surface cicatricielle, vestige de cette amélioration temporaire.

La plaque frontale, également ulcérée, et non moins typique, existait depuis 5 ans et demi ; elle était comparable, en étendue, à une pièce de 50 centimes. Elle était distante d'un travers de doigt de la ligne médiane, descendait à deux travers de doigt du sourcil, et, en haut, s'arrêtait à près de deux travers de doigt des cheveux.

Enfin, sur la bordure rouge de la lèvre inférieure, exactement sur la ligne médiane, et sur le versant extérieur, s'élevait une plaque épithéliomateuse, grande comme une lentille, dure, sèche, couverte d'une petite croûte. Cette lésion évoluait aussi avec une très grande lenteur, puisqu'elle avait, au dire du malade, débuté près de cinq ans auparavant.

Pas de ganglions. État général excellent. Aucune trace de leucoplasie buccale. Pas de syphilis. Le 9 juillet, je fis l'ablation de la plaque frontale et je réunis transversalement la plaie grande comme une pièce de 4 francs, résultant de cette ablation.

Le 11 juillet, j'enlevai la lésion préauriculaire.

Enfin, le 29 juillet, j'extirpai la plaque labiale. En raison de sa très lente évolution et de son caractère très superficiel, je me bornai à une incision en V.

Les trois petites interventions furent pratiquées sous l'anesthésie locale. Je dus les espacer parce que notre malade, bien que très robuste, était d'une émotivité extraordinaire et fut pris, chaque fois, de sueurs froides, de tremblement et de tendance à la syncope.

Ai-je besoin d'ajouter que les suites de ces trois interventions si simples ont été elles-mêmes d'une grande simplicité.

Leurs traces sont aujourd'hui presque invisibles.

**Épithélioma de la tempe adhérent au squelette; extirpation;
greffes dermo-épidermiques appliquées secondairement.**

Par M. MORESTIN.

Les vastes plaies que laissent les extirpations d'épithéliomas étendus de la face, sont, dans nombre de cas, d'une réparation très difficile si l'on veut obtenir immédiatement cette réparation. En l'ajournant, en pratiquant secondairement l'autoplastie ou l'application des greffes dermo-épidermiques, on procure souvent au malade une guérison meilleure, obtenue à moins de frais, tout en s'épargnant, à soi-même, beaucoup de peine. Le présent malade en est un exemple. Il était porteur d'un épithélioma de la tempe, exigeant un sacrifice cutané considérable, adhérent à l'aponévrose temporale et même au contour osseux de la fosse temporale; dans cette région et dans de telles conditions, l'autoplastie immédiate est fort difficile. Or il a guéri très simplement par l'application de greffes dermo-épidermiques faites secondairement. Voici du reste son histoire, que les deux figures ci-jointes me permettront de rendre plus brève :

C..., 55 ans, sellier, était atteint depuis plus de deux ans d'une lésion ulcéreuse de la tempe gauche, quand il vint me demander des soins au mois de mai de cette année. Il avait séjourné à Saint-Louis, où il avait été soumis, pendant assez longtemps, à un traitement radiothérapique qui était demeuré inefficace. Au moment de mon examen, la plaque ulcérée couvrait tout l'espace compris entre le sourcil et les cheveux et même envahissait quelque peu le sourcil d'une part, le cuir chevelu, de l'autre. Au-dessous du sourcil, elle poussait un prolongement sur la paupière supérieure. En haut, elle remontait jusqu'à la partie la plus élevée de la tempe dans sa portion non couverte de cheveux; en bas, s'arrêtait à l'arcade zygomatique. Ses dimensions étaient environ trois travers de doigt dans le sens vertical, deux dans le sens transversal, en ne tenant compte que de l'ulcération; mais la peau était infiltrée et malade bien au delà. Au reste, rien ne manquait des signes qui peuvent caractériser un épithélioma cutané à tendance ulcéreuse :

bourrelet, fond irrégulièrement creusé, couvert de détritux fétides et de saillies inégales, saignotement sous le plus léger frottement. La plaque épithéliomateuse adhérait profondément à l'aponévrose temporale et même au frontal au niveau de l'apophyse orbitaire externe et de la ligne saillante qui contribue à circonscrire la fosse temporale. Pas d'adénopathie préauriculaire ni cervicale (Fig. 4).

Le 2 juin, je pratiquai l'ablation de cet épithélioma, sacrifiant autour de la



FIG. 1.

lésion une large zone de peau saine, comprenant un peu de cuir chevelu, une partie du sourcil et de la paupière supérieure. Je réséquai l'aponévrose temporale et fis sauter au ciseau, sous forme de copeaux, les parties osseuses au niveau desquelles la plaque épithéliomateuse avait perdu de sa mobilité. En un point grand comme l'ongle de l'index, la dure-mère fut mise à nu. La temporale superficielle avait été réséquée. Je dus en lier les bouts ainsi que trois ou quatre artérioles.

Les dimensions de la plaie, dont j'ai pris le décalque, étaient alors de 9 centimètres dans le sens vertical, sur 8 dans le sens transversal. Je me gardai bien de tenter aucune espèce d'autoplastie et, à la surprise des assistants, je me bornai tout simplement à panser à plat, avec des compresses de gaze aseptique.

Le travail de réparation spontanée amena, en peu de jours, le nivellement de cette plaie irrégulière ; la dure-mère, la brèche osseuse, les fibres du muscle temporal disparurent sous une couche unie et plane de bourgeons charnus, rosés, de la plus belle appa-



FIG. 2.

rence. Le 28 juin, avivant cette surface à la curette, j'y posai des greffes dermo-épidermiques prélevées sur une des cuisses.

Le 23 juillet la cicatrisation complète était obtenue ; et la guérison parfaite se maintient depuis ce moment (Fig. 2).

M. DANLOS. — Je rappellerai simplement que ce malade a été soumis, sans succès, pendant plusieurs mois, à la radiothérapie dans mon service.

Rhinophyma opéré par l'abrasion modelante.

Par M. MORESTIN.

Quel que soit le volume du nez, dans l'acné hypertrophique, les lésions restent toujours superficielles et s'arrêtent au contour nari-

naire. La tumeur est constituée exclusivement par des glandes sébacées énormes et la peau, plus ou moins épaissie, altérée et modifiée par un processus d'inflammation chronique.

Aussi l'ablation des parties malades peut-elle être effectuée sans porter aucune atteinte à l'architecture du nez. Cette opération est généralement désignée, depuis Ollier, sous le nom de *décortication* du nez. Ce mot fait image, mais il est excessif, et je préfère le terme



FIG. 1.

d'abrasion modelante, qui donne une plus juste idée de l'intervention, laquelle consiste à tailler et à modeler le nez en enlevant successivement des copeaux de la masse hypertrophique, en la pelant comme une poire jusqu'au voisinage du squelette fibro-cartilagineux qui ne doit pas être mis complètement à nu, non plus que le squelette proprement dit.

L'anesthésie cocaïnique suffit pour cette opération qui, en somme, est fort simple.

L'hémorragie, assez abondante, s'arrête par la compression. En général on n'a aucune ligature à faire, et il est même presque toujours inutile de placer des pinces pendant l'opération.

Il n'est pas nécessaire de pratiquer aucune autoplastie. La réparation spontanée se fait très rapidement en quatre ou cinq semaines et le résultat est constamment favorable. J'ai déjà publié antérieurement quatre cas d'acné hypertrophique traités avec succès (*Archives générales de Médecine*, 1903 ; Congrès français de Chirurgie, 1905).

Je viens d'en observer un cinquième, que je vous présente aujourd'hui bien guéri.

Il s'agit d'un homme de 57 ans, D..., cultivateur, entré dans mon service,



FIG. 2.

à la maison Dubois, le 18 octobre 1906. Le début de la maladie remontait à dix ans environ, mais depuis dix-huit mois, le nez avait pris des proportions considérables. On peut juger, d'après les figures, du volume et de l'aspect de l'organe. Le lobule, les ailes, le dos du nez étaient couverts de masses bosselées ; une d'entre elles, particulièrement importante, implantée sur l'aile gauche, était à elle seule grosse comme une noix. Le gros des lésions s'arrêtait au voisinage des os propres du nez, mais bien au delà presque jusqu'à la racine et, latéralement, jusqu'au sillon naso-génien, les téguments étaient le siège d'altérations du même ordre, quoique moins accentuées. Les masses bosselées, formant tumeur, étaient criblées d'orifices d'où la pression

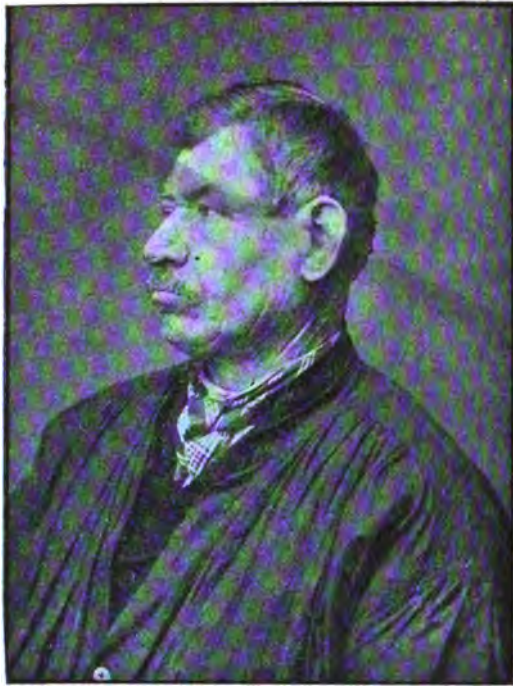


FIG. 3.

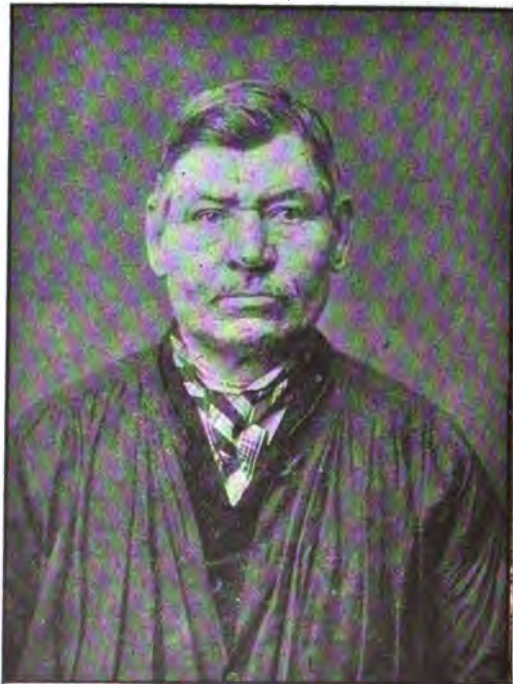


FIG. 4.

faisait sourdre une matière butyreuse d'un blanc jaunâtre. Les lésions s'arrêtaient au pourtour des narines. Comme il est de règle, le sujet n'éprouve ni gêne ni souffrance, mais il se sent ridicule et voudrait cesser d'être l'objet des railleries. Il ne paraît pas avoir fait grand abus de vin ni d'alcool, malgré l'opinion très répandue qui veut voir constamment dans cette affection une difformité expiatoire de l'ivrognerie.

Le 29 octobre, je pratiquai l'*abrasion modelante*, me bornant à l'anesthésie locale par infiltration cocaïnique.

J'enlevai par copeaux toutes les parties altérées, jusqu'au voisinage du squelette. Pas de ligatures; tamponnement à la gaze stérilisée, avec deux drains dans les narines, pour permettre la respiration nasale.

Les suites sont des plus simples; le pansement est réduit chaque fois, les tubes nasaux sont retirés au bout de 48 heures. La réparation s'effectue avec une très grande rapidité. La plaie se nivelle, s'épidermise de la périphérie au centre. L'opéré nous quitte le 3 novembre, portant encore une plaie comparable en étendue à une pièce de 50 centimes. Le 27 novembre, nous constatons la guérison complète, et les photographies ici reproduites sont prises ce même jour (Fig. 3 et 4).

Perforations syphilitiques du palais opérées avec succès.

PAR M. MORESTIN.

Les perforations palatines dues à la syphilis sont fréquemment médianes et peu étendues. Elles sont alors justiciables d'une uranoplastie ou d'une urano-staphylorrhaphie typique et, dans ces conditions favorables, fournissent des succès à peu près constants.

Il faut, bien entendu, que le foyer soit complètement détergé et les bords cicatrisés, mais il n'est pas nécessaire d'attendre plus de quelques semaines après la fin des accidents pour entreprendre l'opération, pourvu que ce laps de temps soit consacré à un sérieux traitement antisyphilitique. Les résultats, au point de vue de la phonation, sont immédiatement satisfaisants, contrairement à ce que l'on observe dans les urano-staphylorrhaphies pour divisions congénitales. Ici il n'est aucun besoin de rééducation. Aussitôt fermée la perforation, la parole est rétablie dans ses conditions normales (nous supposons toujours une petite perte de substance). A titre d'exemple, je présenterai les deux faits suivants, avec les moulages avant et après l'opération :

Obs. I. — Raymond C..., âgé de 13 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 2 avril 1906, dans le service du Dr Arrou que je remplaçais. Dans le courant du mois de mars, cet enfant, après avoir éprouvé pendant quelques jours une gêne graduellement croissante dans les mouvements de la

déglutition, eut un matin la surprise et l'ennui de constater que les liquides refluait par le nez, que sa voix avait pris un timbre étrange et était devenue presque inintelligible. Il fut d'abord conduit dans un dispensaire où pendant une quinzaine il reçut quelques soins insignifiants, puis à Saint-Louis. Il présentait alors une perforation ovale siégeant sur la ligne médiane, à la partie antérieure du voile, perforation à bords épais, violacés et frangés d'une eschare en bande jaunâtre. Un traitement par les piqûres d'huile biiodurée fut institué sans retard. Au bout de peu de temps l'orifice était complètement détergé; ses bords dégonflés se couvraient d'épithélium, et la perte de substance parut bien moindre qu'on n'aurait pu le craindre, tout d'abord. La perforation était réduite aux dimensions suivantes : 17 millimètres dans le sens antéro-postérieur, 7 millimètres dans le sens transversal. Au sujet de l'origine de cette syphilis, nous ne pouvons décider si elle était acquise dans l'enfance, ou héréditaire; l'examen du sujet ne nous fournit aucun stigmate caractéristique et nous n'avons pu interroger ses parents.

Le 10 mai, je pratiquai l'urano-staphylorrhaphie par le procédé classique des deux lambeaux à double pont, rapprochés et réunis sur la ligne médiane après mobilisation à la rugine. Je plaçai quatre fils d'argent, assurant un bon affrontement. L'opération ne présenta rien de particulier et s'effectua très régulièrement. Les suites furent très simples, les fils ôtés le cinquième jour et la réunion obtenue. La guérison ne s'est pas démentie bien que l'enfant ait eu, par la suite, d'autres accidents syphilitiques, notamment une grave irido-choroïdite de l'œil droit. Dès que la parole lui a été permise après l'intervention, il a retrouvé une élocution absolument normale.

Dans l'autre cas la perforation était plus large et siégeait sur le palais osseux.

Obs. II. — Le sujet est un homme de 35 ans, client de M. le professeur Gaucher, qui lui donnait des soins pour une syphilis des plus malignes et des plus rebelles. Ce malheureux eut la folie de se marier trois ans après le début de cette syphilis grave, mais le jour même de ses noces son palais se perfora. Au mois de février 1903, je lui fis l'ablation d'un gros séquestre comprenant une partie du vomer et des apophyses palatines du maxillaire supérieur.

Le 24 août 1903, je pratiquai l'uranoplastie. La perforation occupait le centre de la voûte palatine. Elle était presque exactement ronde, présentait 18 millimètres dans le sens antéro-postérieur, comme dans le sens transversal. Une ligne horizontale passant par sa limite antérieure eût rencontré les deux petites molaires postérieures, une autre passant par sa limite postérieure eût traversé les deuxièmes grosses molaires. L'opération n'offrit aucune difficulté particulière et fut conduite selon la technique ordinaire des deux ponts périostéo-muqueux détachés à la rugine et suturés l'un à l'autre sur la ligne médiane. J'appliquai quatre sutures au fil d'argent. Les suites furent bonnes. Dès le lendemain le malade pouvait non seulement se lever, mais s'absorber dans une importante correspondance d'affaires. Au bout de 48 heures il quittait la maison de santé.

Le 1^{er} septembre, cinq jours après l'intervention, les fils étaient retirés. La réunion était parfaite et définitivement obtenue. Les plaies latérales

elles-mêmes se cicatrisèrent en moins d'une quinzaine. Le sujet a récupéré pour ainsi dire immédiatement sa voix normale.

Angiomes des lèvres.

Par M. MORESTIN.

Les angiomes de la face, en général, et des lèvres, en particulier, outre les dangers que comporte parfois leur évolution, constituent des difformités toujours choquantes et souvent choquantes à l'excès. Même en se plaçant au seul point de vue esthétique, il est clair que les angiomes des parties constamment découvertes doivent être le plus tôt possible l'objet d'un traitement très actif. Or il n'en est pas de plus expéditif et qui fournisse des garanties plus certaines d'une bonne et définitive guérison, que l'extirpation chirurgicale, quand elle est applicable, quand il n'existe point de contre-indications tirées du volume, de l'étendue, du siège, des connexions de la tumeur, de l'âge ou du degré de résistance du sujet. Quand il s'agit de jeunes filles la question d'esthétique prend, on le conçoit, une importance capitale et l'on doit apporter tous ses soins à obtenir une restitution parfaite, ou tout au moins satisfaisante, des formes extérieures.

En voici deux exemples que je suis heureux de vous présenter, deux cas d'angiomes des lèvres. Dans le premier, il s'agit d'une tumeur petite, s'offrant dans des conditions relativement favorables :

Une jeune fille de 15 ans, Louise D..., entre le 4 août 1905 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de mon ami Arrou que je remplaçais. Cette enfant porte à la lèvre supérieure, dans le voisinage immédiat de la commissure droite, une petite tumeur du volume d'un haricot, qui vient faire saillie au niveau du bord libre. La tumeur est facilement et complètement réductible, la muqueuse qui la couvre offre une coloration violacée; elle est complètement indolente. C'est donc un angiome. Sa présence n'a été remarquée que depuis dix mois. Son volume augmente sans cesse, et la saillie qui en résulte dépare la physionomie, par ailleurs fort gracieuse, de M^{lle} Louise D....

Le 7 août je pratique l'ablation de cet angiome. La muqueuse du bord libre soulevée par la tumeur, ne paraissant pas incorporée à celle-ci et manifestement envahie par le tissu angiomateux, je résolus de conserver ce bord et d'aborder, par la face profonde de la lèvre, la production que je voulais détruire. J'incisai donc la muqueuse labiale, transversalement, à 7 ou 8 millimètres du bord libre, traversai la couche glandulaire sous-muqueuse, et rencontrai le tissu érectile pathologique dans l'épaisseur de la couche musculaire. Je fis l'extirpation de la tumeur, détruisant en même temps un certain nombre de faisceaux musculaires et rasant en bas le revêtement cutanéomuqueux du bord libre. Je n'eus pas de ligature à faire; la compression maintenue pendant quelques instants suffit à l'hémostase. Il me restait maintenant un excédent de muqueuse; j'en sacrifiai la partie voisine de l'in-



FIG. 1.



FIG. 2.

cision, pour attirer en arrière et remonter celle qui formait sac et flottait au niveau du bord libre. J'en réséquai assez pour obtenir une très, très légère hypercorrection, comptant qu'il se produirait un peu de relâchement après l'ablation des fils. La plaie fut réunie par quatre points de suture à la soie très fine.

De fait, les choses se passèrent bien ainsi. Quand j'enlevai au sixième jour les fils dont les anses étaient devenues lâches, ayant quelque peu coupé la muqueuse, la lèvre avait repris une symétrie complète et l'aspect normal.

La photographie ici reproduite a été prise peu de jours après le 25 août, une quinzaine par conséquent après l'intervention ; elle montre que le résultat ne laisse aucunement à désirer (Fig. 2).

Ce résultat s'est maintenu irréprochable, et je vous présente aujourd'hui la malade, dix-huit mois après l'opération. Il n'y a aucune trace de récurrence, l'ablation ayant été complète, et d'autre part il est absolument impossible de soupçonner que cette jeune fille a subi une intervention quelconque.

Dans le second cas, les choses étaient beaucoup plus compliquées, l'angiome volumineux et l'intervention assez délicate.



FIG. 3.

Cette malade, Julia Lesn..., âgée de 20 ans, est entrée dans mon service

à la maison Dubois, le 18 octobre 1906. Elle m'était adressée par M. Brocq. Depuis sa naissance, Julia L... portait à la lèvre inférieure une tumeur, qui d'abord toute petite, prit dans la première enfance un rapide développement. A trois reprises, alors qu'elle avait 2, 3 et 5 ans, on fit des tentatives d'ablation, certainement incomplètes, car elles n'empêchèrent point la lésion de reparaitre et de progresser, mais qui, peut-être, contribuèrent à en ralentir la marche. Quoi qu'il en soit, un temps vint où la tumeur demeura à peu près stationnaire. Depuis bien des années déjà, elle n'a plus de tendance



FIG. 4.

à s'accroître. Mais son volume est considérable et il en résulte une difformité hideuse, dont la pauvre fille a beaucoup souffert moralement. Toute sa jeunesse a été assombrie par le sentiment de son affreuse laideur et de la répugnance qu'elle inspirait. Les figures ci-jointes en donneront, d'ailleurs, une idée. La lèvre inférieure est occupée par une grosse masse qui se prolonge vers la partie basse de la joue droite jusqu'au bord inférieur du maxillaire. La tumeur fait également saillie à la face buccale de la lèvre inférieure et de la partie correspondante de la joue. Cette masse violacée, mollassse, réductible, indolente à la pression, est, ne peut être, qu'un angiome ; à sa surface, on distingue des bosselures d'un violet plus foncé, des ampoules veineuses. et du côté muqueux, de gros troncs comparables à des varices.

A la palpation on reconnaît dans l'épaisseur du tissu pathologique trois ou

quatre petits noyaux durs, et quand la tumeur est exprimée du sang qu'elle contient elle donne la sensation d'un paquet de ficelle. Sur la muqueuse et dans la partie qui correspond au bord libre de la lèvre, on note plusieurs bandes cicatricielles, vestiges des interventions tentées autrefois. Les noyaux précités sont sans doute la conséquence d'essais thérapeutiques plus récents. L'angiome a été soumis à l'électrolyse, mais on y a renoncé après quelques séances (Fig. 3 et 4).

Le point le plus délicat était d'établir les limites probables du tissu patholo-



FIG. 5.

gique. La lèvre semblait au premier abord prise dans presque toute son étendue transversale et aussi dans presque toute sa hauteur; mais, en réalité, la tumeur n'occupait que sa moitié droite; l'autre moitié repoussée vers la gauche et repliée sur elle-même, était intacte. La commissure droite était également respectée, et dans son voisinage persistait même un demi-centimètre intact de la bordure rouge de la lèvre inférieure. La tumeur était assez nettement limitée sur la face muqueuse, s'arrêtait du côté de la joue à un travers de doigt en arrière de la commissure, en bas, au sillon labio-génien, en dedans, à la partie moyenne de la lèvre.

En dehors les téguments étaient manifestement envahis dans la partie abiale de la lésion, mais l'éminence du menton était complètement respectée. la moitié gauche de la lèvre intacte, et les lésions en se prolongeant

vers le bord inférieur de la mâchoire intéressaient de moins en moins la peau.

Ces constatations faites, je crus pouvoir promettre à la malade de l'opérer avec succès.

L'intervention eut lieu le 19 octobre.

Pour faciliter les manœuvres et les rendre plus précises, je commençai par



FIG. 6.

placer un certain nombre d'anses de soie traversant la muqueuse de la joue et de la lèvre, en dehors des lésions, et destinées à servir de tracteurs, à éverser joue et lèvre, à étaler et exposer la tumeur. J'incisai autour d'elle la muqueuse saine, puis, la saisissant à l'aide de pinces de Kocher, je la disséquai, l'isolai peu à peu des parties ambiantes, allant graduellement de sa périphérie vers sa partie centrale. Cette dissection ne fut pas trop hémorragique. Arrivé à la peau, j'en sacrifiai un segment triangulaire, ayant pour base la partie du bord libre occupée par la tumeur et pour sommet un point situé sur le bord inférieur de la mâchoire, à un travers de doigt de la commissure, les deux autres bords du triangle affectant ainsi une direction oblique d'avant en arrière et de haut en bas. Restait à réparer la perte de substance. Ne voulant ajouter aucune nouvelle incision

extérieure à celles déjà pratiquées, j'incisai dans le fond du sillon gingivolabial et gingivo-génien, libérai profondément et mobilisai complètement la moitié restante de la lèvre inférieure et les parties molles du menton, d'une part, de la joue droite, d'autre part. Je reconstituai ensuite la lèvre par deux plans de suture à la soie, l'un profond, l'autre superficiel. La commissure droite ayant pu être conservée, une difficulté réparatrice était ainsi éludée. Bref il ne resta plus d'autre trace extérieure de l'intervention, qu'une ligne de sutures s'étendant du voisinage de la commissure au bord de la



FIG. 7.

machoire, longue en tout de 3 centimètres et demi. Une petite mèche de gaze iodoformée fut laissée dans le vestibule buccal en arrière de la lèvre reconstituée. Les suites ont été de la plus heureuse simplicité. Dès le quatrième jour, je pus enlever un des points de la suture cutanée, le cinquième un autre ; le sixième, 25 octobre, les derniers purent être retirés. La réunion primitive fut obtenue et la malade nous quitta guérie le 25 octobre.

Dès le 2 novembre la malade nous écrit pour nous dire son contentement de pouvoir « passer dans la rue, sans que l'attention des passants soit retenue par son infirmité » et nous remercier du bonheur

qu'elle éprouve à se savoir « pareille aux autres jeunes filles ». De fait, le résultat esthétique est pleinement satisfaisant. Les photographies ici reproduites (Fig. 6 et 7) ont été prises le 5 novembre. Vous voyez aujourd'hui ma jeune opérée, la cicatrice est linéaire et peu visible, et s'effacera encore graduellement. La bouche n'est aucunement difforme et cette jeune fille paraîtrait même jolie, si sa figure n'était malheureusement déparée encore par une autre infirmité, la pauvre enfant ayant perdu l'œil gauche, il y a déjà plusieurs années.

Traitement du *nævus* vasculaire par le radium.

Par MM. WICKHAM et DEGRAIS.

Les résultats obtenus avec le radium dans le traitement des *nævi* vasculaires par MM. Danlos, Rehns et Salmon, et plusieurs observateurs, à l'étranger, nous ont engagés à reprendre cette étude; aussi, sommes-nous heureux de pouvoir, dès maintenant, présenter un cas de guérison parmi les malades que nous avons en traitement.

L'enfant H... présentait à sa naissance, sur la joue droite, un petit point rouge, qui, peu à peu, s'est étendu et surélevé.

Quand au mois de septembre nous avons vu ce bébé, alors âgé de 6 mois, il présentait un *nævus* vasculaire surélevé et en voie d'extension, de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

Ce *nævus*, de teinte violet foncé, dépassait le niveau de la peau de deux millimètres environ; à sa périphérie existait un fin réseau veineux, surtout développé sur le bord externe. La consistance en était molle.

A l'heure actuelle nous constatons une surface plane à peine rosée avec au centre une région légèrement violacée. L'épiderme offre un aspect normal et au toucher la peau est souple.

Le réseau veineux périphérique a disparu.

Pour obtenir ce résultat, nous avons employé le traitement suivant:

Sept applications successives d'une demi-heure chacune, d'un appareil à sel collé de bromure de radium ayant comme réaction extérieure l'activité 64 000, laquelle contient 2 p. 100 α , 84 p. 100 β , 14 p. 100 γ ; 15 jours après la dernière application sont apparus les phénomènes habituels de réaction: rougeur suivie d'une croûte qui est tombée au bout de 15 jours environ, et depuis cette époque la rougeur a été en diminuant chaque jour.

Trois mois à peine, dont trois heures et demie seulement de traitement effectif, ont suffi pour arriver à ce résultat, le traitement ayant été commencé le 11 septembre.

Les dimensions du *nævus* que nous présentons ne le font certainement pas rentrer dans la classe des *nævi* incurables; d'autres

méthodes auraient pu le guérir, mais le radium cependant nous paraît très supérieur.

En effet, l'électrolyse aurait demandé des séances répétées qui, chaque fois, auraient été pour le bébé de nouvelles séances de souffrance.

Les rayons X, de l'aveu même des radiothérapeutes, ne peuvent agir qu'en risquant l'aléa des doses fortes, et l'installation est quelque peu effrayante pour un bébé.

Avec le radium, l'enfant était mis au sein; dès qu'il l'avait pris, on appliquait l'appareil et c'est dans le plus profond sommeil que se terminait l'application.

M. Brocq. — Comment appliquez-vous le radium ?

M. WICKHAM. — Je circonscris le nævus au moyen d'un trou pratiqué dans une feuille de plomb caoutchouté, puis l'appareil, qui est rond et plat, est appliqué. L'opération est si simple que les quatre dernières applications furent confiées à la mère.

C'est précisément la simplicité du *modus faciendi* ajoutée à l'absence de toute douleur qui impressionne, surtout si on les compare avec les cris violents qui sont déterminés par l'électrolyse bipolaire.

Le dernier cas que j'ai traité par cette méthode électrique n'a été guéri qu'après 6 à 7 mois et 33 séances, toutes extrêmement douloureuses.

Je signalerai ce fait intéressant que lorsque, après 3 à 4 semaines, la croûte produite par les applications de radium, est tombée, la couleur foncée du nævus avait diminué de moitié; mais nous pensions devoir faire une série d'applications. Nous avons attendu un mois de plus, et au cours de ce mois, chose curieuse, l'amélioration s'est faite spontanément pour aboutir au point actuel d'à peu près complète guérison, avec peau souple et fine.

M. Brocq. — L'électrolyse bipolaire, qui ne donne guère de bons résultats que dans les petits nævi, est en effet très douloureuse; les bébés poussent des cris et le traitement peut influer défavorablement sur leur état général.

Aussi l'action du radium, telle que M. Wickham nous la présente sur cet enfant, est remarquable aussi bien comme résultat obtenu que comme mode opératoire.

Mais dans ce cas, le nævus était légèrement saillant. Il serait bon de savoir si les mêmes résultats seraient obtenus sur des nævi absolument plats. Ceux-ci occupent une grande épaisseur du derme.

M. DANLOS. — Dans un cas de tache de vin tout à fait plate, développée sur un avant-bras, j'ai obtenu des points blancs partout où j'ai fait agir le radium, mais ces surfaces décolorées étaient de très petites dimensions. Il aurait fallu un temps énorme pour obtenir la disparition totale.

M. WICKHAM. — Les autres cas que j'ai en traitement et qui sont déjà très améliorés sont des taches de vin plates de niveau avec la peau.

Ainsi que le dit M. Danlos, sur de telles lésions on peut obtenir la décoloration. En ce qui concerne la durée du traitement, il ne s'agit que d'une question d'instrumentation; j'emploie pour les grandes surfaces un appareil ayant 6 centimètres de diamètre. Du reste nous en employons, quand il le faut, plusieurs à la fois.

Sur un cas de nævi systématisés lichénoïdes très nombreux.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUDET.

Ce malade est intéressant surtout en raison du grand nombre de ses nævi et de leur caractère lichénoïde.

Nous résumerons ainsi qu'il suit son observation :

Le nommé P..., François, 20 ans, garçon de laboratoire, entré le 4 décembre 1906.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Six enfants vivants, bien portants. Il n'y a, ni chez les parents, ni chez les frères, de taches, envies, fraises, etc., qui aient attiré l'attention.

Antécédents personnels. — Les lésions actuelles ne se sont manifestées qu'à l'âge de 2 ans, les parents sont très affirmatifs sur ce point.

État actuel. — Sur une peau normale comme souplesse, coloration et sensibilité, se trouvent de petites élevures, variant de la dimension d'un grain de mil à celui d'une petite lentille.

Ces lésions donnent à la peau un aspect rugueux, elles sont dures et grasses au toucher.

Chaque saillie, sur les parties couvertes du corps, est surmontée d'une croûte grasse, dure, brunâtre, lisse, qui tombe par le simple frottement; on voit au-dessous d'elle une surface plus sèche, chagrinée, faisant légèrement saillie.

Par un grattage vigoureux, on fait tomber toute la papule qui laisse à sa place une légère excoriation rosée, non saignante. Il n'y a pas de troubles de l'innervation à ce niveau.

Sur les parties découvertes, les lésions prennent un autre aspect.

Au niveau des avant-bras, là où les lavages sont fréquents, les saillies sont de coloration moins foncée; les croûtes cireuses font défaut. Sur les mains, au niveau du pouce, on voit un large placard verruqueux, souple et indolore.

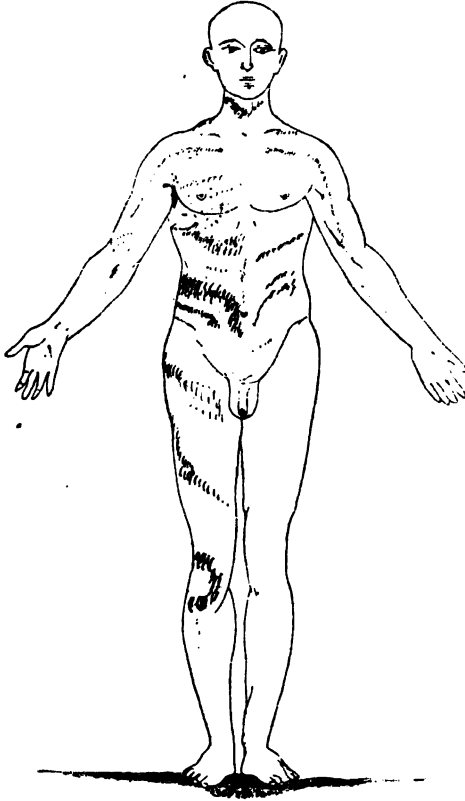
Ces lésions sont distribuées en groupes plus ou moins confluentes dont la distribution rappelle celle des zones d'innervation (voir les schémas).

La sensibilité et les réflexes sont normaux.

Sur la face antérieure de la jambe gauche, à la suite d'un coup survenu il y a 8 jours, il s'est formé une large ulcération d'aspect sphacélique, à fond de teinte brique, à pourtour violacé, à contours irréguliers; à son pourtour l'épiderme est soulevé par de petites vésicules qui s'ouvrent spontanément.

Topographie. — En avant, à la face antérieure du cou, se trouvent deux larges bandes; aux épaules et aux bras, deux bandes symétriques étroites

partent au-dessus du tiers moyen de la clavicule et gagnent le pli du coude ; au tronc, à droite, quatre bandes horizontales, parallèles, s'étendent un peu obliquement de la colonne vertébrale et en contournant le flanc jusqu'à la ligne médiane, où elles s'arrêtent ; à gauche, trois bandes symétriques sont moins nettement prononcées ; au membre inférieur droit, se trouvent trois bandes parallèles, dans des plans obliques par rapport à l'axe de la cuisse ; l'une d'elles, très accentuée, part de la ligne médiane en arrière,



contourne la fesse, descend sur la face postérieure de la cuisse et se dirige en avant pour gagner le bord interne par un véritable tour de spire. On note quelques petits éléments sur le gland, à droite.

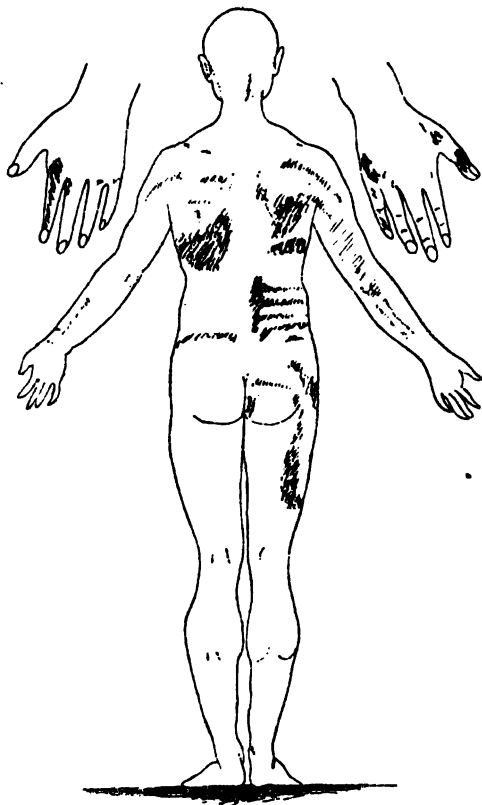
Dans leur ensemble, les lésions sont beaucoup plus étendues à droite qu'à gauche.

Le nombre de ces nævi est exceptionnel, on en compte une vingtaine ; ils occupent toute la surface du corps, à l'exception du visage et des extrémités inférieures.

L'aspect des éléments est nettement lichénoïde, mais l'ancienneté

des altérations, leur défaut d'évolution, l'absence complète de prurit, ne permettent pas de s'arrêter à l'hypothèse d'un lichen plan systématisé dont cet autre malade présente un exemple que nous avons déjà montré.

Nous ferons remarquer que la disposition du nævus fessier est la



même que nous avons constatée dans ce cas de lichen plan systématisé et dans plusieurs autres.

Pour ce qui est de la pathogénie de ces nævi, nous ne pouvons que renvoyer à l'interprétation que nous en avons donnée à diverses reprises, c'est-à-dire, à la *localisation des troubles trophiques dans des zones où des influences de deux nerfs voisins s'accumulent pour donner lieu à ces altérations cutanées, soit directement, soit en créant un locus minoris resistentiæ.*

M. ALEX. RENAULT. — J'ai vu des nævi semblables prendre, chez une femme enceinte de 8 mois, un développement considérable à l'occasion de la grossesse.

Deuxième note sur une nouvelle forme d'altération papillomateuse en arc du cuir chevelu.

Par M. H. HALLOPEAU.

Lorsque nous avons présenté M. B..., qui fut l'objet de cette étude dans la séance de juillet, M. Brocq a contesté notre interprétation qui nous faisait conclure à l'existence d'un type morbide nouveau, et il a émis l'hypothèse d'un nævus ; or, nous avons revu ce malade le 31 octobre et constaté que les lésions avaient très manifestement évolué ; en effet, voici quelle était, à cette date, l'altération du cuir chevelu, d'après les notes recueillies par notre excellent externe M. Quertant : la plaque éruptive du cuir chevelu est aujourd'hui divisée en deux parties tout à fait différentes dans leur aspect ; dans la moitié antérieure, on distingue comme précédemment de nombreuses saillies mesurant de 1 à 2 millimètres de diamètre : la pression fait sortir de beaucoup d'entre elles de petites masses cylindriques, blanchâtres, assez longues, ayant par conséquent les caractères de comédons ; après leur évacuation, ces saillies apparaissent creusées de petits pertuis ; des intervalles pigmentés les séparent ; cette partie de la plaque est surélevée par places, comme à pic, sur les parties saines : sa coloration est d'un brun foncé. La partie postérieure, moins élevée, ne présente plus ces saillies ni ces comédons ; elle est lisse, un peu moins colorée et d'aspect cicatriciel.

Une autre plaque éruptive, également pigmentée en brun, existe plus en arrière : un peu moins surélevée, elle ne paraît pas présenter de grains comédoniens ; elle ne mesure guère que de 4 à 5 millimètres de diamètre.

Il résulte de l'évolution de cette dermatose, et de la substitution, dans la moitié de son étendue, d'une surface lisse, d'aspect cicatriciel, à l'agglomération de saillies que nous avions observée antérieurement, qu'il ne s'agit, à coup sûr, point de nævi.

Les résultats de l'examen histologique pratiqué par M. Sabouraud, rapprochés de l'aspect aujourd'hui nettement comédonien d'une partie des élevures, montrent qu'il s'agit d'une lésion complexe qui exigerait des recherches ultérieures pour arriver à une conclusion ferme relativement à sa nature ; le seul fait que nous croyons pouvoir affirmer, c'est qu'elle ne peut se rattacher par ses caractères objectifs non plus que par son évolution, à aucun type classé et que nous en avons fait à juste titre, une *maladie nouvelle dont les caractères essentiels sont le début par des nodules saillants papillomateux, l'apparition secondaire de gros comédons, l'accroissement des altérations sous forme d'une bande arquée, la chute des cheveux assez prononcée pour faire croire à une pelade et l'évolution rétrograde d'une partie des lésions qui laissent à leur suite une*

surface d'aspect cicatriciel. L'existence d'une cause parasitaire encore indéterminée est vraisemblable.

Syphilis en activité et tabes chez le même individu.

Par MM. DANLOS et DEROT.

Malade de 44 ans. Syphilis ignorée et par conséquent non traitée.

En 1900, le malade, atteint de tabes et presque incapable de marcher, suit un traitement de 9 mois à la Salpêtrière. (Elongation, rééducation des mouvements. Pas de traitement interne.) A la suite, amélioration considérable de tous les symptômes; le patient redevient capable de marcher et les crises de douleurs sont beaucoup plus rares.

En novembre 1906, entre à Saint-Louis pour une syphilide tuberculo-ulcéreuse typique du nez et des régions voisines. L'ataxie, encore très manifeste, se caractérise par l'incertitude de la démarche, le talonnement, le signe de Romberg, l'abolition des réflexes patellaires, etc. Le malade assure que depuis son traitement à la Salpêtrière le mal a cessé tout progrès.

L'intérêt de ce cas est dans l'amélioration obtenue par le traitement mécanique seul. Si on considère que ce fait n'est pas exceptionnel et si on le rapproche de l'impuissance habituelle du traitement spécifique en pareil cas, on est conduit à deux conclusions :

1° La lésion médullaire est pendant longtemps peu profonde, puisqu'un simple traitement mécanique peut en enrayer et même en faire rétrocéder longtemps les effets.

2° L'impuissance constatée des spécifiques oblige à reconnaître que : si, comme on n'en peut guère douter, la syphilis est l'origine du tabes, celui-ci se développe par un mécanisme différent de celui qui détermine les localisations syphilitiques franches, et par conséquent la notion de parasyphilis, malgré les critiques dont elle a été l'objet, est absolument légitime.

M. ALEX. RENAULT. — En dépit de la seconde conclusion que vient d'émettre M. Danlos, l'observation précédente me semble plutôt donner raison aux syphiligraphes, qui estiment que le tabes est un accident syphilitique, et non parasyphilitique. Quand on dépiste de très bonne heure le tabes, on peut dans un certain nombre de cas obtenir un arrêt, je pourrais même dire une guérison, des accidents par le traitement antisiphilitique. Plus tard, ce traitement n'est plus efficace. Si, chez le malade qu'on nous présente, on avait appliqué une médication intensive dès le début des troubles médullaires, je pense qu'on eût arrêté leur évolution.

M. HALLOPEAU. — J'ai émis l'hypothèse que le tabes est le plus souvent consécutif à des syphilomes siégeant soit sur l'arachnoïde, soit sur les racines rachidiennes. C'est, comme je l'ai dit, une deutéropathie syphilitique, qui

évolue ensuite pour son compte. Mais on peut agir sur le syphilome initial par le traitement antisypilitique.

M. DANLOS. — Un grand nombre de neurologistes considèrent le traitement antisypilitique comme inefficace dans le tabes ; d'aucuns même, comme M. Déjerine, considèrent un traitement intensif comme dangereux.

Sur les dangers et la composition du topique dit « Prodermos ».

Par MM. JACQUET et DEBAS.

L'usage du *Prodermos*, grâce à une réclame pseudo-scientifique, mais intensive, tend à se vulgariser, et nous avons déjà vu plusieurs personnes se louant ou se plaignant de ce topique.

Tout récemment un malade que nous avons traité pour un eczéma des oreilles, qui récidiva par la suite, nous déclara s'être guéri grâce à des applications de *Prodermos*, mais un de ses enfants, atteint d'eczéma, fut soumis au même traitement, avec un résultat désastreux.

Nous avons pu étudier de façon plus précise le *Prodermos*, ses effets et sa composition, au sujet d'un eczématisé, entré dans le service de l'un de nous et qui s'était, au préalable, traité pendant deux mois par ce produit.

Conformément à la notice très détaillée et très savante qui lui est jointe, notre malade interrompit son travail et resta quinze jours au lit. Pendant ce temps il fit chaque jour, sur les zones malades, des applications de *Prodermos* n° 2, puis de la poudre assortie, applications d'après lui fort pénibles. Résultat : transformation des surfaces suintantes en surfaces croûteuses, avec tension douloureuse de la peau.

Après quinze jours, il reprend son travail tout en continuant les applications, et cela pendant un mois et demi environ.

Très vite alors la peau tendue et croûteuse se fissure « comme une croûte de pain qui casse » et l'état suintant reparut.

Après deux mois de traitement et l'emploi de 4 flacons de topique (coût 40 francs), cet homme avait notablement aggravé sa dermatose tant par l'extension des anciennes plaques que par la production de plaques nouvelles.

Maintenant pouvons-nous dire quelle est la composition chimique de ce produit ?

On sait à quel point l'analyse qualitative et surtout quantitative des corps organiques est difficile, surtout quand on est limité comme quantité du corps à analyser.

Pourtant, nous croyons pouvoir affirmer, en ce qui concerne le

Prodermos n° 2, le plus employé, qu'il contient pour 90 c.c. d'alcool à 70°-80°, environ :

1 gr,12 d'acide salicylique,
0 gr,64 de mercure,
0 gr,27 de chlore,

et un alcaloïde, vraisemblablement la cocaïne.

Sous quel état ces divers corps figurent-ils ? Quel est leur mode d'association ?

Par exemple : l'acide salicylique est-il libre ou combiné ? De même : le mercure est-il à l'état de salicylate ou du chlorure mercurique ?

Cela est très difficile à dire.

Pourtant, étant données les prétentions thérapeutiques du produit et, d'autre part, les rapports quantitatifs qui existent entre ces différents corps, il est infiniment probable qu'il est composé d'acide salicylique d'une part, de bichlorure de mercure de l'autre et enfin de chlorhydrate de cocaïne.

La poudre qui accompagne le topique liquide est, nous croyons pouvoir l'affirmer, de l'alun à peu près pur.

Le Prodermos n° 1 est un liquide fort analogue au Prodermos n° 2, aux doses près qui sont plus faibles.

Quant au Prodermos n° 3, il est, lui, à base de glycérine et de phénol, dans la proportion de 2 p. 100.

La poudre qui lui est assortie est à base de soufre.

Le prix d'achat de ces topiques, tels que nous venons de les définir, est fort minime et ne dépasse pas, très vraisemblablement, un franc.

En ce qui nous concerne, nous ne prétendons pas avoir obtenu un résultat bien remarquable. Cependant, en quelques jours de pansement simple et de repos, nous avons mis notre malade dans un état d'amélioration et de bien-être qu'il ne connaissait pas depuis fort longtemps.

Et au total, en combattant les empiriques, nous pensons défendre à la fois les intérêts des malades, des pharmaciens et les nôtres qui, après tout, sont légitimes.

Nous vous convions donc à lutter avec nous pour la Dermatologie à tendance scientifique contre la Dermatothérapie commerciale.

M. Brocq. — Il est bon de faire connaître les méfaits du Prodermos. J'ai observé également une éruption artificielle produite par le Prodermos n° 2. A la vérité, quelques clients m'ont dit avoir bénéficié de cette préparation, mais il est peu probable qu'ils fussent venus ensuite me demander conseil, s'ils en avaient été amplement satisfaits.

Lisééré mercuriel.

PAR M. MILIAN.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de Dermatologie un malade qui porte au niveau des gencives un liséré analogue au liséré saturnin et causé par le mercure.

Voici l'observation de ce malade :

L..., âgé de 35 ans, comptable, a eu un chancre syphilitique du méat à l'âge de 20 ans. Deux ou trois ans après, il a été pris d'accidents syphilitiques de la langue qui n'ont fait qu'augmenter depuis cette époque.

Le 11 juin 1904, il présente une langue un peu augmentée de volume, légèrement lobulée et scléreuse par places, avec une leucoplasie marquée sur la partie gauche de l'organe. Les mouvements de la langue sont gênés et il en résulte de la difficulté de prononciation et de mastication.

Il reçoit, du 15 juin au 17 août 1904, dix piqûres d'huile grise à 40 p. 100, chaque piqûre représentant 7 centigrammes de mercure.

A la suite de cette cure, les fonctions de la langue reprennent leur état normal, la lobulation s'efface presque entièrement, la leucoplasie rétrocede un peu.

Du 18 octobre au 18 novembre 1904, trois piqûres d'huile grise, identiques aux précédentes, sont pratiquées. La série a été arrêtée à ce chiffre car le malade a présenté quelques phénomènes généraux de courbature, d'anorexie, de diarrhée, etc., pourtant sans stomatite.

Le malade, inquiet de sa plaque de leucoplasie, demande qu'on l'en débarrasse par n'importe quel moyen. Il est opéré le 14 décembre 1904 par le Dr Morestin (pièce B-735).

Je revois le malade le 7 mars 1905. La langue est en très bel état; le malade est très satisfait, mais il y a encore un petit point leucoplasique du dos de la langue, à 1 centimètre environ de la région opérée et un autre nouvellement apparu, de la dimension d'un grain de millet, au-dessous de la région extirpée.

Du 21 mars au 9 mai 1905, huit piqûres d'huile grise identiques aux précédentes comme doses sont pratiquées, qui font disparaître le point leucoplasique du dos de la langue, mais n'influencent aucunement l'autre.

Le 17 octobre 1905 ce malade, qui s'observe très attentivement, vient à nouveau me voir avec quelques taches opalines datant de trois semaines, développées sur la lèvre inférieure du côté droit. Du 24 octobre au 28 novembre 1905, il reçoit à nouveau six piqûres d'huile grise; à la troisième piqûre la lèvre était guérie.

Le 6 février 1906, réapparition d'un peu de blanc sur le bord gauche de la langue. Je fais, du 6 février au 20 mars 1906, sept piqûres : les six premières d'huile grise, la dernière de calomel (5 centigrammes).

Le 27 mars, c'est-à-dire une semaine après la dernière piqûre, le malade se plaint d'avoir les dents agacées. J'examine la mâchoire. Je ne constate aucune inflammation des gencives mais un liséré gingival analogue au liséré saturnin. Je cesse le traitement à cause de cela.

Le 5 mai 1906, nouvelle poussée leucoplasique légère, au bord gauche de la langue où existent 4 papules dont une de la dimension d'une lentille, recouverte d'une muqueuse opaline.

Je n'ai pas noté, à cette époque, si le liséré persistait ou avait disparu. Du 8 mai 1906 au 10 juillet 1906, dix piqûres dont une de calomel.

Le 17 mai 1906, le malade présente un peu de stomatite. La gencive, autour de la dernière molaire inférieure de chaque côté, est un peu rouge, décollée et sensible. Partout ailleurs, les gencives ne sont ni gonflées, ni rouges, ni douloureuses, mais aux deux mâchoires, dans toute leur étendue, aussi bien au niveau des molaires qu'au niveau des incisives, mais surtout au niveau des incisives, existe à la sertissure des dents un liséré gris violacé de 1 à 2 millimètres et davantage, qui suit les limites polycycliques de la muqueuse et s'insinue entre les dents elles-mêmes. Il ne semble pas qu'il existe de liséré à la face postérieure des mâchoires. Celui-ci s'interrompt là où manquent des dents.

Le 16 octobre 1906, cet homme, hanté par les publications des journaux politiques où il est sans cesse question de syphilis, de leucoplasie et de cancer, vient me supplier de lui faire une nouvelle série de piqûres pour la tache leucoplasique qui persiste sur le bord gauche de la langue. C'est ainsi qu'il a reçu, du 16 octobre au 4 décembre 1906, huit autres piqûres d'huile grise.

Il présente toujours son liséré mercuriel, que vous pouvez voir aujourd'hui ; il n'existe pas de stomatite, ce qui tient au soin minutieux qu'il prend de sa bouche qu'il nettoie 3 fois par jour avec une brosse et une pâte.

Il s'agit bien dans cette observation de liséré mercuriel malgré la ressemblance qu'il y a entre celui-ci et le liséré saturnin. Le malade n'est d'ailleurs soumis à aucune cause connue d'intoxication saturnine ; il ne présente aucun accident de saturnisme ; enfin cet accident est nettement apparu au cours du traitement mercuriel car, avant de mettre les malades au traitement par les injections d'huile grise, j'examine toujours très soigneusement les gencives des sujets, et je n'avais rien remarqué d'anormal.

Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que j'observe pareil fait. J'ai déjà constaté son existence avec une physionomie absolument identique chez deux autres malades ; d'autre part, dans les stomatites moyennes d'intensité, on peut trouver, de place en place, dans les régions les moins enflammées de la muqueuse, des bribes de liséré qui s'insinuent entre les dents. L'existence d'un liséré mercuriel est donc indubitable.

Il n'est pas étonnant qu'on ne l'ait pas encore remarqué, car il n'existe pas dans les stomatites intenses qui attirent l'attention. Enfin il semble qu'il faille un traitement prolongé pour le produire. Dans le cas relaté ci-dessus, il a été constaté (1) 21 mois après le

(1) Il est possible qu'il ait existé plus tôt, mais je ne l'ai observé qu'à ce moment.

début du traitement et après 33 piqûres d'huile grise et une de calomel. Les injections d'huile grise paraissent particulièrement aptes à le produire, car je ne l'ai pas constaté après l'usage des pilules.

Xeroderma pigmentosum avec épithélioma de la face.

Par MM. BALZER et MERLE.

(Examen histologique par M. Rubens-Duval.)

Malade âgée de 21 ans, exerçant la profession de domestique, entrée le 30 octobre, salle Alibert, pour plusieurs tumeurs développées au niveau du visage et dont la date d'apparition remonte à 18 mois.

C'est uniquement à cause de ces éléments néoplasiques que la malade entre à l'hôpital; elle ne peut indiquer une date d'apparition pour les autres lésions que l'on constate aux mains et au visage et qui semblent être congénitales ou s'être développées dans les premières années de la vie.

Le premier de ces éléments apparut sur l'arête nasale, à 3 centimètres de son extrémité, sous la forme d'une papule rugueuse analogue à une verrue: il grandit assez rapidement pour présenter, deux mois après, le volume d'un pois. Il était à ce moment le siège de sensations prurigineuses, en sorte que la malade se grattait et s'écorchait. Un traitement par l'application de pommades n'eut aucune action sur la tumeur.

Huit mois après le début du premier élément, il en survint un second sur la joue gauche, un peu au-dessus de la narine; puis, cinq mois plus tard, un troisième sur la joue droite près de l'angle palpébral interne.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, le premier des éléments développé sur l'arête nasale mesurait le diamètre d'une pièce de 50 centimes environ, surélevé, bourgeonnant, recouvert d'un exsudat jaunâtre, entouré d'une zone érythémateuse. Le deuxième élément, sur la joue droite, avait à peu près les mêmes dimensions et les mêmes caractères, sans paraître présenter de grandes tendances à s'accroître.

Le troisième élément, sur la joue gauche, au-dessus de la narine, beaucoup plus réduit, comme un grain de blé environ, était très surélevé au-dessus des téguments et présentait une extrémité ulcérée et saignante.

Il existait enfin sur la joue gauche, un peu au-dessus et en dehors du précédent élément, deux petites saillies verruqueuses ayant tous les caractères de néoplasies au début.

En dehors de ces tumeurs qui, seules, ont inquiété la malade, il existe, au niveau des téguments de la face et des mains, un ensemble de lésions qui ont permis d'établir le diagnostic de *xeroderma pigmentosum*. Ces lésions, de caractère diffus, sont rigoureusement localisées aux régions suivantes: d'une part, la face, dans sa presque totalité, et le cou, descendant en avant jusqu'au voisinage du creux sus-sternal, en arrière, jusqu'à la septième cervicale, formant un petit triangle à sommet inférieur qui se dessine dans la région interscapulaire; d'autre part, la face dorsale des mains et des avant-bras dans leur portion inférieure, 5 à 6 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire.

Les téguments, dans ces régions, présentent une pigmentation distribuée par petites surfaces de grandeurs inégales. Les unes sont punctiformes et réparties sur toute la surface malade de façon diffuse : la pigmentation des mains et des avant-bras est uniquement constituée par ces taches punctiformes. Les autres, plus larges, atteignent presque un demi-centimètre de diamètre : on en trouve sur le front, les tempes, les joues, les faces latérales et postérieure du cou. Ces plaques pigmentées sont rugueuses au toucher. Elles présentent également une desquamation assez marquée que l'on ne trouve guère sur les téguments malades qu'à leur niveau. De plus, elles sont le siège pour la plupart, d'une vaso-dilatation qui leur donne une teinte rougeâtre combinée à celle du pigment; les éléments punctiformes sont au contraire uniquement pigmentés.

Outre ces dilatations vasculaires sur les plaques pigmentées, on note des plaques télangiectasiques indépendantes : les unes sont nettement individualisées, avec des contours nets, elles siègent surtout à la région moyenne des joues, à la face dorsale des mains et des avant-bras où elles sont disséminées et très petites. Les autres sont mal délimitées, et ce sont plutôt de petites surfaces où la coloration des téguments apparaît rougeâtre par suite d'une vaso-dilatation diffuse.

Les taches blanches atrophiques, qui constituent un des caractères principaux de certains cas de *xeroderma pigmentosum*, sont ici très peu marquées : on en rencontre cependant une ou deux de petites dimensions au niveau du front et plusieurs autres, encore plus petites, sur les mains.

Dans leur ensemble les téguments sont rugueux, râpeux au toucher. Ce caractère est beaucoup plus accentué aux mains qu'au visage : il est dû en partie à ce qu'il existe sur la face dorsale des mains des éléments surélevés verruqueux, assez abondants, dont la partie supérieure desquame; le visage n'en présente pas.

En revanche, il n'existe pas sur les mains d'éléments d'aspect et d'allure néoplasique. La face palmaire des mains et des doigts est absolument normale.

Les lobules des oreilles présentent quelques taches pigmentées.

Il n'existe aucune lésion des autres régions du tégument, aucun *nævus*, en particulier. On ne trouve pas trace d'adénopathies dans la région de la face et du cou.

Les régions malades de la peau ne sont le siège d'aucun trouble prurigineux. La sensibilité objective est normale à tous les modes.

Les fonctions organiques s'accomplissent de façon satisfaisante : les digestions sont normales, les menstruations régulières. La malade paraît cependant présenter une excitabilité nerveuse un peu anormale : au cours de l'interrogatoire, et sans raison valable, on la voit rougir tout à coup et ces phénomènes vaso-moteurs sont parfois très marqués. L'auscultation au moment de l'entrée à l'hôpital ne révélait rien d'anormal aux poumons, et les commémoratifs ne contiennent aucun symptôme pulmonaire antécédent. On ne trouve, dans les urines, ni sucre ni albumine.

Dans les antécédents héréditaires on note sa mère, morte à la suite d'une affection abdominale qui nécessita une intervention chirurgicale. Le père est vivant, bien portant, un peu adonné à la boisson. Ni le père, ni la mère n'ont

présenté d'affection cutanée, pas plus, du reste, que les deux sœurs de la malade dont l'une est morte à l'âge de deux mois et l'autre est actuellement en bonne santé. Quant à la malade elle-même, elle n'a eu pour toute maladie qu'une rougeole dans l'enfance.

Elle est née dans l'Orne et a passé la plus grande partie de son existence aux champs où elle travaillait, en restant par conséquent exposée aux intempéries et aux rayons solaires. Elle n'est à Paris que depuis deux ans, comme domestique, dans une maison bourgeoise : elle y faisait la cuisine et passait une partie de sa journée au voisinage des fourneaux.

Peu de jours après son entrée à l'hôpital, la malade a été prise, subitement, le lundi 5 novembre, d'un point de côté à gauche, avec frisson accompagné d'une petite toux sèche qui ne persista que quelques jours. L'auscultation qui ne donna, les premiers jours, qu'un affaiblissement du murmure vésiculaire, permit bientôt de reconnaître un épanchement pleural avec souffle inspiratoire ; égophonie, pectoriloquie aphone, matité remontant à la pointe de l'omoplate. Il y avait 44 respirations à la minute et la fièvre montait à 39°. Le samedi 10, l'épanchement remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate avec matité de l'espace de Traube, triangle de matité du côté opposé, en arrière, à la base droite et légère déviation du cœur ; on pratiqua la thoracentèse dans le septième espace intercostal ; on retira près d'un litre et demi de liquide couleur de bière légère, moussant abondamment. L'examen cytologique, après centrifugation, n'y décéla que des lymphocytes en quantité assez considérable.

À la suite de cette thoracentèse, la fièvre continua à osciller autour de 39°, puis de 38°, pendant les dix jours suivants. Les symptômes fonctionnels et stéthoscopiques indiquaient que l'affection était en bonne voie de guérison.

Actuellement il n'existe plus aucun trouble fonctionnel, la température est retombée à la normale, la respiration s'entend presque jusqu'en bas, bien qu'un peu affaiblie dans toute l'étendue du poumon gauche. On note, de plus, une rétraction de la paroi costale, appréciable surtout au niveau de la neuvième vertèbre dorsale, avec une différence de 1 centimètre et demi entre les circonférences droite et gauche.

Le traitement radiothérapique a été institué dès le 6 novembre et pratiqué par M. le Dr Fleig, assistant d'électrothérapie du service.

Les tumeurs de la face ont été soumises à l'action des rayons n° 5 pendant trois séances, pour chacune d'elles. La tumeur de la joue droite, à raison de 5 unités H, puis deux fois 5 H ; la tumeur de la joue gauche de 5 H, puis 3 H, puis 5 H ; celle de l'arête du nez 2 fois 5 H, puis 4 H.

Sous l'influence de ce traitement, les tumeurs se sont considérablement réduites après affaissement et dessiccation des tissus qui les constituaient. Leur volume est actuellement réduit de près de la moitié. Les petits éléments du côté gauche du nez ont disparu presque complètement.

La réaction des téguments s'est bornée à la destruction des éléments néoplasiques, la peau apparaît presque complètement normale après la chute des éléments desséchés et c'est à peine s'il existe une petite zone érythémateuse au pourtour de la région atteinte.

EXAMEN HISTOLOGIQUE PRATIQUE AU LABORATOIRE MUNICIPAL DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS,
PAR M. RUBENS-DUVAL.

La biopsie a été pratiquée sur le bord d'une tumeur sessile et aplatie située immédiatement au-dessous de la paupière inférieure droite.

Elle a été fixée immédiatement dans le liquide de Dominici, iodochlorure de mercure additionné de formol. Les coupes, pratiquées après inclusion à la paraffine, ont été colorées suivant les techniques de Dominici et notamment à l'éosine-orange et au bleu de toluidine.

Sur une préparation colorée à l'éosine-orange et au bleu de toluidine, on constate à un faible grossissement (*Zeiss, obj. AA, oc. comp. 4*), que l'épiderme, visible aux deux extrémités de la biopsie, fait défaut à la partie moyenne de celle-ci. Il est remplacé à ce niveau par une croûte qui revêt non seulement toute l'ulcération, mais la dépasse encore et recouvre l'épiderme conservé.

L'épiderme est hypertrophié, surtout au niveau de ses cônes interpapillaires qui sont irréguliers dans leur forme et dans leur disposition. Il est aminci au contraire au voisinage de l'ulcération.

La croûte, teintée de rouge violacé, est très épaisse au niveau de l'ulcération, plus mince là où elle débordé sur l'épiderme voisin.

Sous la croûte et sous l'épiderme on trouve un tissu nettement teinté de bleu. Il occupe toute l'étendue de la préparation aussi bien en largeur qu'en profondeur. Sous la croûte, là où l'épiderme fait défaut, ce tissu fait une légère saillie au-dessus du plan de l'épiderme. En la plupart des points il refoule l'épiderme ; en plusieurs autres points, au contraire, il se continue avec l'extrémité de cônes interpapillaires hypertrophiés.

Ce tissu, d'origine épithéliale, comme permet déjà de le supposer sa continuité avec quelques cônes interpapillaires et comme le démontre l'examen au fort grossissement, forme des tubes pleins, plus ou moins ramifiés et anastomosés entre eux. Dans les interstices de ces tubes, vivement teintés de bleu, se trouvent des filaments roses, correspondant à du tissu conjonctif.

Un tel tissu, disposé en tubes pleins, irrégulièrement distribués dans le tissu conjonctif, en continuité d'une part avec l'épiderme et le refoulant d'autre part et l'ulcérant même pour faire saillie par l'ulcération, un tel tissu est déjà caractéristique, à ce faible grossissement, d'un épithélioma tubulé.

A un fort grossissement (*Zeiss, obj. 1/12, oc. comp. 4*), cet épithélioma se montre constitué par des cellules toutes semblables entre elles. Ces cellules, pourvues d'un noyau relativement très développé et d'un protoplasme peu abondant, sont étroitement tassées les unes contre les autres. Leurs limites sont indistinctes, en certains points même il est évident que les noyaux n'appartiennent pas à des cellules individualisées mais à un protoplasme commun plasmodial. Dans ce plasmode épithélial néoplasique (*Dominici*) le protoplasme qui entoure certains noyaux en karyokinèse s'individualise cependant quelquefois assez nettement en cellule distincte.

Les noyaux, relativement volumineux, sont très régulièrement ovalaires, tous égaux de taille entre eux. Il en est très peu qui soient même faiblement lobés. Ils sont assez clairs et vésiculeux. Leur chromatine, teintée de bleu, est abondante et disposée en très fins granules. Tous les noyaux sont pourvus d'un nucléole, assez volumineux, nettement teinté de rouge par l'éosine.

Les karyokinèses sont nombreuses ; elles se font dans tous les plans et suivant un type régulier.

Le protoplasme très peu abondant occupe les faibles interstices laissés par les noyaux très rapprochés les uns des autres ; il est coloré en rose par l'éosine et présente une structure filamenteuse nette, surtout sur les préparations colorées à l'hématoxyline-éosine vert lumière. Ces filaments qui parcourent le protoplasme ont les mêmes réactions tinctoriales que les filaments d'union des cellules de l'épiderme. C'est là d'ailleurs la seule formation différenciée que ce protoplasme ait conservée de sa nature originelle épidermique, car nulle part il n'élabore de substance cornée, normale ou anormale. Nulle part on n'observe ni globes cornés, ni foyer de dégénérescence. Dans toute son étendue et jusque sous la croûte cet épithélioma conserve son type spécial dans toute sa pureté.

Nous avons vu au faible grossissement que la néoformation épithéliale se continuait en certains points avec l'extrémité profonde des cônes interpapillaires de l'épiderme. Au fort grossissement nous pouvons préciser la modalité de ces rapports. Là où les cônes interpapillaires se fusionnent avec le tissu néoplasique, ils s'allongent démesurément et c'est surtout leur couche basale qui participe à cet allongement. Il y a non seulement étirement, mais aussi multiplication des cellules par karyokinèse. Par suite de leur étirement les cellules s'accolent ; le protoplasme devenu fusiforme se rétrécit par rapport au noyau qui conserve les mêmes dimensions mais dont la chromatine se renforce ; les filaments d'union au lieu d'apparaître comme des ponts intercellulaires, allant d'une cellule à l'autre, subissent l'allongement général et donnent au protoplasme son aspect filamenteux. Ainsi se trouve constitué un tissu épithélial nouveau, celui de la tumeur que nous venons de décrire.

Nous serons bref sur ce qui reste à examiner. Le tissu conjonctif qui sépare les tubes épithéliomateux est un tissu conjonctif jeune, riche en cellules, et ayant élaboré relativement peu de collagène. Il contient quelques capillaires sanguins.

Au niveau de l'ulcération un processus d'inflammation banale est surajouté au processus épithéliomateux. Il y a de nombreux capillaires sanguins et lymphatiques dilatés et bourrés d'éléments cellulaires. La diapédèse est active. Dans les mailles du tissu conjonctif on rencontre alors des leucocytes polynucléaires neutrophiles et éosinophiles, des mononucléaires de divers types et des plasmazellen. Ces phénomènes inflammatoires se retrouvent en dehors de l'ulcération au niveau des papilles et jusque dans l'épiderme qui est le siège d'un œdème et d'une leucocytose marqués.

La croûte est constituée par du *sérum* concrété emprisonnant des débris leucocytaires et, au niveau où elle recouvre l'épiderme, des cellules cornées desquamées.

En résumé, il s'agit d'un épithélioma tubulé, d'origine épidermique, dont le point de départ semble être la couche basale du corps muqueux de Malpighi. Cet épithélioma a déterminé une ulcération d'où est résultée une inflammation légère due à une infection banale.

Il convient peut-être de rapprocher l'heureux effet du traitement

et la nature de l'épithélioma qui semble, d'après l'examen histologique fait par M. Rubens Duval, s'être développé aux dépens de la couche basale du corps muqueux de Malpighi.

L'action élective des rayons X sur les éléments de la couche basale a été signalée par plusieurs auteurs (Audry, Dalous et Lasserre, cités par Brécq, *Traité de dermatologie*), ce qui explique leur succès dans les épithéliomes développés aux dépens de cette couche basale.

Ce cas de *xeroderma pigmentosum* se présente donc sans aucune difficulté au point de vue du diagnostic; les altérations de la peau du visage et des mains sont nettement caractéristiques. C'est un cas simple que nous avons demandé à M. Barèta de mouler pour le Musée.

L'origine de la maladie ne paraît pas être familiale. On ne trouve rien d'analogue chez les parents de la malade. Une origine hérédoparasyphilitique de cette dystrophie semble aussi devoir être écartée.

Jusqu'à présent l'état général de la malade s'est assez bien maintenu; la pleurésie dont elle vient d'être atteinte a cédé facilement, mais le développement assez précoce de l'épithélioma est inquiétant pour le pronostic, bien que, jusqu'à présent, sa marche soit lente et plutôt bénigne. Le traitement radiothérapique récemment institué, donne de bons résultats. Les premières séances ont déjà donné une amélioration incontestable et réfréné le bourgeonnement des tumeurs.

Cas probable de *xeroderma pigmentosum fruste*.

Par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

On sait quel est le polymorphisme de la plupart des dermatoses; le fait suivant nous conduit à penser qu'il en est ainsi pour le *xeroderma pigmentosum*.

Julia A..., 44 ans, entre le 7 novembre 1906, salle Lugol, n° 43, pour la gale.

L'attention est attirée immédiatement sur la pigmentation de son visage; de loin il semble criblé de taches de lentigo; mais en l'examinant de plus près on reconnaît que la pigmentation d'un brun foncé, l'abondance des taches pigmentées et la dépression cicatricielle de nombre d'entre elles ne permettent pas de s'arrêter à ce diagnostic et éveillent l'idée de *xeroderma pigmentosum*; telle a été également l'impression de notre collègue M. Gaucher qui a examiné la malade.

Elle a 4 frères bien portants dont aucun n'est atteint de cette affection.

Elle-même a jusqu'ici été bien portante. Elle a toujours eu, dit-elle, ces taches sur le visage, mais leur nombre aurait dernièrement augmenté.

Ces taches sont irrégulières, anguleuses plutôt qu'arrondies; leurs dimensions moyennes sont celles d'une tête d'épingle; certaines sont plus petites; quelques-unes ont des dimensions plus considérables. Leur couleur varie du brun clair au café au lait pâle.

Ces taches pigmentées sont fort irrégulièrement disséminées, mais presque toutes siègent au visage; elles sont surtout nombreuses au front, aux joues et aux ailes du nez, où, en certains points elles sont presque confluentes; plusieurs d'entre elles sont légèrement déprimées. Au milieu de ces éléments pigmentés, on remarque d'autres dépressions de la peau arrondies ou irrégulières, de 2 à 3 millimètres de diamètre, de couleur blanchâtre, brillante, il s'agit évidemment de cicatrices. On note un de ces éléments sur la tempe gauche, un autre à la queue du sourcil gauche, un autre au front sur la ligne médiane.

Il y a, en outre, quelques boutons d'acné.

Sur le cou, se trouvent quelques rares taches pigmentaires, sans aucune cicatrice.

Il n'y en a, ni sur les mains, ni sur les bras, cependant exposés à l'air. On n'observe aucune télangiectasie.

Ce qui nous paraît distinguer cette dermatose du lentigo, c'est surtout la dépression d'un certain nombre de taches pigmentées. Nous sommes conduits ainsi à considérer comme probable un début de xeroderma pigmentosum. Il est vrai que les lésions les plus caractéristiques de cette dermatose, c'est-à-dire l'aspect rugueux de la peau, l'exfoliation de l'épiderme, les pustules impétigineuses, les ulcérations, les télangiectasies, les larges couches, les atrésies font défaut, mais ne peut-on admettre, comme tend à le faire M. Brocq, qu'il existe une *forme fruste de xeroderma*, uniquement constituée par des taches pigmentées? Les troubles trophiques légers, mais nettement accentués, qui existent chez cette jeune fille, sont en faveur de cette interprétation.

Valeur comparative de l'examen clinique et de l'examen histologique dans le diagnostic des tumeurs ulcérées de la peau.

Par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.

Voici le troisième cas d'aspect semblable que, depuis nos deux dernières séances, nous avons l'honneur de présenter à la Société, avec des diagnostics différents. Dans tous trois; il s'agit de néoplasies larges, planes, surélevées, ulcérées dans la plus grande partie de leur surface qui est plane, molle et bourgeonnante, entourée d'un rebord saillant, induré, ayant tendance à se renverser en dehors sur la peau saine.

Dans le premier cas, les phénomènes concomitants et la marche de la maladie étaient en faveur d'un mycosis, et l'existence, dans le derme, de tissu réticulé, constatée par M. Gastou, nous a confirmé dans cette manière de voir, tandis que M. Milian, au nom de l'histologie, et malgré le réticulum qu'il a vu également, déclare qu'il s'agit de lympho-sarcomes; dans le second cas, M. Darier a déclaré qu'il était

impossible à l'histologie de décider s'il s'agissait d'un lymphadénome ou d'une tumeur mycosique.

La malade que nous présentons aujourd'hui offrait les mêmes difficultés au point de vue clinique ; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée S. F..., âgée de 72 ans, entre le 18 novembre 1906, salle Lugol, n° 14.

Cette femme arrive de province, le 18 novembre 1906, demander une consultation à l'hôpital Saint-Louis pour une large tumeur ulcérée du dos de la main gauche.

Il y a 2 ans, son attention a été attirée vers une induration de la peau, indolore d'ailleurs, qui siégeait au niveau du milieu du deuxième métacarpien de la main gauche : « c'était, dit-elle, comme un cor aux pieds qui lui poussait là ». Cette induration eut d'abord une évolution torpide, grandissant peu à peu sans occasionner de gêne notable, puis, il y a un an environ, la peau s'amincit à la partie centrale de l'induration, il se forma ensuite un puits qui donna passage à un peu de liquide sanieux, parfois hémorrhagique, et l'ulcération se constitua ainsi, gagnant peu à peu en étendue ; la gêne qui en est résultée pour les mouvements des doigts a décidé la malade à venir consulter à Paris.

Actuellement, voici ce que l'on constate :

Sur le dos de la main gauche, existe une large ulcération circulaire, surélevée, dont les bords surplombent les régions voisines, formant une véritable tumeur.

Elle occupe à peu près la ligne médiane de la face dorsale de la main, empiétant davantage sur le bord radial ; en haut, elle remonte à peu près jusqu'au carpe ; en bas, elle descend jusqu'à l'espace interdigital situé entre l'index et le médius.

Ses dimensions sont de 6 centimètres de hauteur sur 5 centimètres de largeur.

La surface de l'ulcération est sensiblement plane, bourgeonnante, rosée, recouverte d'une légère exsudation sanieuse, saignant facilement, de consistance molle.

Les bords de l'ulcération — c'est là le point particulier — sont fortement saillants ; ils proéminent d'environ 15 millimètres au-dessus des tissus avoisinants ; en dedans, ils se continuent insensiblement avec la surface ulcérée ; en dehors, au contraire, ils sont taillés à pic, et surplombent la peau saine.

Leur consistance est un peu plus ferme que celle des tissus sains, mais l'on ne peut dire qu'ils soient indurés.

La tumeur est peu mobile, mais non adhérente cependant aux plans profonds.

Tout autour d'elle, la peau a son aspect et sa consistance normaux.

Il existe dans l'aisselle, depuis 2 mois environ, une adénopathie, peu mobile, de la grosseur d'un œuf de pigeon.

La malade ne souffre pas de son affection ; elle éprouve seulement une certaine gêne dans les mouvements des doigts.

Examiné au point de vue histologique, un fragment de la tumeur a montré à M. Gastou qu'il s'agissait là d'un épithélioma pavimenteux typique.

La ressemblance clinique de cette néoplasie avec celle de la malade que nous avons présentée dans la dernière séance est telle que nous étions conduits à formuler le même diagnostic, hésitant entre un lymphadénome et un mycosis : or, l'histologie a établi que nous étions dans l'erreur.

Il résulte de ces faits que, tantôt la clinique, tantôt l'histologie se trouvent en défaut relativement au diagnostic de ces néoplasies, que des tumeurs ulcérées de nature très diverse peuvent revêtir un aspect clinique presque semblable et que la combinaison des deux modes d'exploration peut seule arriver, dans la plupart des cas, à des conclusions fermes.

M. DARIER. — Les épithéliomas pavimenteux à globes épidermiques présentent souvent un signe que M. A. Fournier a appelé le « signe des vermiottes ». Il consiste en ce qu'on en fait sourdre, par la pression, des filaments blanchâtres ou vermiottes, constitués par des amas de globes épidermiques.

Sur un cas de trichophytie disséminée du tronc.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUDET.

Cette éruption nous paraît mériter l'attention, au point de vue clinique, en raison de son abondance, de sa localisation anormale et de la confluence d'une partie des éléments. Nous en résumerons ainsi qu'il suit la description :

La nommée Augustine P..., âgée de 12 ans, est entrée le 3 décembre 1906, salle Lugol.

Elle était atteinte d'une éruption qui a débuté il y a une huitaine de jours, soit au niveau du sein droit, soit en arrière, là où se trouve le plus large placard, par des taches rouges, circulaires, qui se sont étendues excentriquement en même temps qu'elles se multipliaient et devenaient partiellement confluentes.

Actuellement, on compte sur le tronc vingt de ces plaques, de dimensions différentes.

L'élément jeune se présente sous la forme d'une petite tache lenticulaire, à bord légèrement saillant d'un rouge cuivré, à centre plus pâle et desquamant en petites écailles furfuracées.

A côté, des éléments plus volumineux nettement arrondis, à bord rosé, se démarquent nettement sur la peau environnante qui est saine.

Le contour de la plaque est lisse, légèrement érythémateux ; une légère collerette de desquamation le dessine.

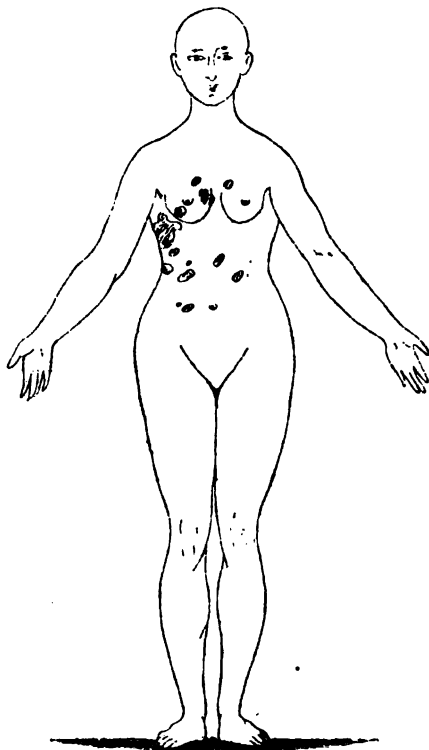
Il n'y a au-dessous aucune infiltration.

Actuellement, il n'y a plus de prurit, mais au début l'affection provoquait des démangeaisons.

Les plaques sont d'étendue et de forme très variables : tandis que les unes, nettement arrondies, ont des dimensions qui varient entre celles d'une pièce de 50 centimes et celles d'une pièce de 10 centimes, d'autres ont des contours polycycliques; il en est ainsi notamment de la première plaque qui semble aujourd'hui formée par la confluence de 9 plaques primitives.

Au-dessus, on en voit une autre en feuille de trèfle où se montrent nettement les trois plaques primitives.

Deux sœurs de la malade ont été prises avant elle de la même façon, l'une



au bras, l'autre au cou ; elle couche avec celle qui a eu les plaques au bras. Il n'y a pas d'animaux en contact avec les enfants.

Le diagnostic est de toute évidence, et il faudrait un œil peu exercé dans les études dermatologiques pour faire penser à un pityriasis rosé; d'ailleurs, en cas de doute, l'examen microscopique éviterait une erreur.

Le tronc n'est pas habituellement le siège de cette dermatose ; s'il en a été autrement chez cette jeune fille, c'est qu'elle a contracté cette maladie dans le lit, en contact avec une de ses sœurs, antérieurement affectée.

Une particularité intéressante est la confluence de nombre de plaques en nappes polycycliques : nous en avons compté jusqu'à neuf dans un seul placard ; on les reconnaît à leur forme en cercles incomplets ; dans leurs territoires communs, le rebord en activité s'efface complètement, comme par une espèce d'interférence comparable à celle que l'on observe dans le psoriasis et le plus souvent aussi dans les syphilides : le terrain sur lequel le parasite s'est développé se trouve ainsi en un état d'immunité à l'égard de nouvelles germinations.

Nous nous proposons de rechercher, par la culture, quelle est, dans ce cas, la variété de trichophyton.

Sur une pandermatite pénienne consécutive à des chancres indurés.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUDET.

Les chancres indurés, lorsqu'ils occupent le prépuce ou le gland, donnent lieu souvent à une balano-posthite généralisée.

Chez le malade que nous avons l'honneur de vous présenter, et dans un autre cas très analogue, les lésions inflammatoires se sont étendues, sous l'influence de chancres du fourreau, à toute la verge.

Voici, en résumé, l'observation de ce malade :

Le nommé Lucien L... a contracté il y a environ deux mois un chancre du fourreau qui est actuellement en voie de régression ; il en est de même d'un second chancre qui s'est développé ultérieurement dans la même région ; le premier occupe le dos de la verge dans son tiers moyen ; l'autre est à deux centimètres plus en avant sur le côté droit de l'organe ; il est probable qu'il existe également un chancre du gland ou du prépuce, car un phimosis très prononcé empêche le décalottement. Le fourreau est tout entier d'un rouge vif, tuméfié et épaissi : on y distingue un certain nombre de petites élevures papuleuses ; quelques-unes sont excoriées ; elles siègent pour la plupart au voisinage du prépuce. Le scrotum est également rouge et le siège d'excoriations ; des lésions analogues occupent la partie interne de la cuisse gauche, tandis qu'à droite il s'est développé un groupe d'une dizaine de papules, plus volumineuses, saillantes et ulcérées ; la tuméfaction œdémateuse du fourreau se propage à 2 centimètres au-dessus du pubis. Sur les autres parties du corps, il n'y a à signaler qu'une roséole discrète et une exulcération du pilier antérieur gauche du voile du palais. Notons enfin des adénopathies inguinales relativement peu prononcées.

Ainsi donc, chez ce malade, pendant plusieurs semaines, il s'est développé consécutivement à des chancres et il a persisté une inflammation subaiguë de toute l'étendue du fourreau, et le scrotum a participé au processus.

Il serait des plus intéressant de savoir s'il s'agit là d'une dermite

banale, due à l'irritation provoquée par les liquides émanés des chancres, ou si nous n'aurions pas affaire à une réaction spécifique en relation avec une multiplication des tréponémas d'origine directement chancreuse ; nous avons établi que, dans leur première période de prolifération, ces parasites présentent souvent une activité toute particulière ; malheureusement le malade s'est refusé à la biopsie et nous devons rester à cet égard dans l'incertitude.

Ce que l'on peut opposer à l'hypothèse d'une lésion banale, c'est la participation à la phlegmasie de toute la partie supérieure du fourreau qui n'a pas dû être contaminée directement par les liquides irritants et que sa situation élevée devrait mettre en état d'immunité.

Sur une variété lipomateuse de la maladie de Dercum avec caractères particuliers.

Par MM. H. HALLOPEAU et BOUDET.

Les observations de MM. Cheinisse, Féré, Francillon, Ferrand et Sainton ont montré que des lipomes systématisés avec douleurs peuvent coïncider avec des troubles psychiques et paralytiques, comme le font des cas typiques de maladie de Dercum et ils en ont conclu, à juste titre, qu'ils doivent être vraisemblablement considérés comme des manifestations différenciées de cette maladie : l'histoire du malade que nous avons l'honneur de vous présenter vient à l'appui de cette interprétation.

Nous résumerons son histoire ainsi qu'il suit :

Le nommé Halb..., Auguste, âgé de 47 ans, maréchal, entre le 4 décembre 1906, salle Bazin.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels, sauf des habitudes d'alcoolisme.

Un mal perforant plantaire du gros orteil droit actuellement en évolution, s'est produit il y a six ans, et a guéri spontanément ; il a coïncidé avec l'apparition des masses qui existent aujourd'hui dans la région occipitale. Au mois de juillet dernier le malade a eu à plusieurs reprises des pertes incomplètes ou complètes de connaissance ; c'est depuis lors que ses membres sont affaiblis et que sa parole est embarrassée.

Un prurit intense empêche le sommeil depuis 2 mois.

Actuellement, de chaque côté de la nuque deux masses mollasses s'étendent sur les mastoïdes, qui paraissent plus saillantes ; elles donnent à la nuque un aspect aplati exactement symétrique.

Une saillie médiane à la base du cou s'étend de part et d'autre entre les deux épaules ; son sommet correspond à peu près à la proéminente.

Au niveau des angles de l'omoplate, on voit de petites masses symétriques, peu saillantes.

Au niveau des lombes, de larges masses recouvrent l'angle postéro-supé-

rieur de l'aile iliaque et occupent toute la région lombaire ; elles mesurent environ 20 centimètres de largeur sur 10 de hauteur ; elles sont exactement symétriques.

Chacune de ces masses se présente comme indolente, molle, souple ; la peau qui la recouvre conserve sa souplesse et sa sensibilité normales ; il s'agit en toute évidence de productions lipomateuses. Elles ne coïncident pas avec une hyperplasie graisseuse sous-cutanée des membres inférieurs qui ne sont nullement tuméfiés.

Plusieurs ganglions sous-maxillaires et inguinaux sont tuméfiés, mais les masses ne paraissent pas s'être développées aux dépens de ces glandes ; on remarque des cicatrices de brûlure au bas-ventre. Au gros orteil droit, le mal perforant plantaire persiste ; on note la rétraction du tendon fléchisseur des deux annulaires ; les réflexes du genou sont exagérés ; les autres réflexes n'ont pu être cherchés, le malade se raidissant ; il n'y a pas de trépidation épileptoïde ni de signe de Babinski non plus que d'Argill Robertson ; la sensibilité est partout conservée ; il n'y a pas de mouvements fibrillaires de la langue ni de la bouche.

Lorsque le malade cherche à montrer ses dents, la bouche se dévie à gauche. La mémoire est un peu diminuée. La force physique est amoindrie ; il n'y a jamais eu de paralysie.

Les mains sont habituellement froides et violacées, la peau y est souple et lisse ; il en est de même du lobule du nez.

Il n'y a pas de troubles intellectuels nets ; mais on constate un *embarras prononcé de la parole*. Il n'y a pas de lésions cardiaques ni pulmonaires.

Ce fait se rapproche de la maladie de Dercum par la coexistence de néoplasies graisseuses et de troubles de la sensibilité générale, de la motilité et de l'intelligence ; les quatre caractères essentiels, douleurs, asthénie, surcharges graisseuses partielles et paralysie, s'y trouvent réunis.

Il en diffère en ce sens que les surcharges graisseuses s'y manifestent sous la forme de lipomes ; mais nous avons indiqué qu'il s'agit là, selon toute probabilité, d'une localisation différente d'une seule et même maladie ; il n'y a pas plus de différence entre ces faits et le type classique qu'entre les formes érythrodermiques, verruqueuse et atrophique du lichen plan, non plus qu'entre les formes érythrodermiques généralisées et les formes en tumeur du mycosis fongoïde.

Nous dirons donc qu'il s'agit ici d'une forme lipomateuse de la maladie de Dercum.

Les troubles psychiques et parétiques sont des plus prononcés, le malade a eu plusieurs pertes de connaissance ; il se sent très affaibli ; sa parole est très hésitante et embarrassée, de telle sorte que, malgré l'absence d'idées de grandeur, on est en droit de se demander si l'on n'est pas en présence d'une paralysie générale au début.

Comme particularités non encore signalées, à notre connaissance

dans cette maladie qui paraît assez rare, nous indiquerons *le mode de distribution des lipomes et les phénomènes d'asphyxie locale des extrémités*.

La disposition symétrique des lipomes a été déjà observée, mais elle présente ici des caractères remarquablement tranchés et des *localisations insolites*, telles sont les masses des deux côtés de l'occipital, les séries bilatérales des masses lombaires. Le nombre des tumeurs est considérable, on en compte dix environ.

Les *phénomènes d'asphyxie locale* sont très prononcés aux quatre extrémités ainsi qu'au niveau du lobule nasal.

Le *prurit intense* est un phénomène exceptionnel.

Enfin, nous avons vu qu'il s'est produit un *mal perforant*, manifestation non encore mentionnée dans cette maladie.

Ce remarquable ensemble symptomatique ne peut guère s'expliquer que par des troubles concomitants de la nutrition et de l'innervation du grand sympathique, ainsi que de celle des centres moteurs médullaires et psychiques.

Pour ce qui est de la cause prochaine de ces désordres, nous n'avons rien à ajouter à la discussion qui aboutit à l'hypothèse d'une action toxique s'exerçant sur le corps thyroïde ou la pituitaire.

Nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaris.

Par M. MILIAN.

Les follicules pilo-sébacés de la peau sont assimilables aux canaux glandulaires de l'économie : canal de Sténon, canal de Wirsung, etc. Ils peuvent être envahis par les agents microbiens suivant deux voies : la voie canaliculaire ou ascendante et la voie sanguine.

Dans les folliculites ordinaires, comme le sycosis trichophytique ou non, dans les teignes, l'*infection part de l'ostium pilaire* où le parasite a été déposé et gagne de proche en proche le fond du follicule comme dans les angiocholites, la muqueuse du cholédoque se laisse peu à peu envahir de son orifice duodénal jusqu'au foie.

Au contraire, dans des lésions comme les syphilides acnéiques, il s'agit de *périfolliculites* ; c'est autour des follicules, dans les nombreux capillaires disposés en réseau autour de la membrane basale, que se produisent les réactions inflammatoires et que se dépose l'infiltrat. Un grand nombre de tuberculides sont des périfolliculites, témoin le lichen scrofulosorum, la xérodémie pilaire, etc. Les syphilides acnéiques elles-mêmes ne s'observent que chez les tuberculeux porteurs de tuberculoses peu virulentes : ganglions tuberculeux, ostéites, etc.

C'est cette grande fréquence de l'origine tuberculeuse des périfolli-

culites qui m'a fait songer à la vraisemblance de l'origine tuberculeuse du pityriasis rubra pilaris qui est, lui aussi, une périfolliculite. Le cône pileux n'est qu'une lésion accessoire; c'est une hyperkératose consécutive à l'infiltrat périfolliculaire qui, lui, est la lésion primordiale.

*
**

J'ai présenté ici même (1), en juillet 1906, un jeune enfant qui présentait d'une part de gros ganglions sous-maxillaires non suppurés, déformant la région; des lésions de bronchite des deux sommets et, d'autre part, une éruption qualifiée par les uns de pityriasis rubra pilaris et par les autres, de lichen scrofulosorum. Le plus grand nombre optait pour le pityriasis rubra. Or, à l'examen histologique on trouvait de très belles cellules géantes dans l'infiltrat périfolliculaire, à condition de faire des coupes en nombre suffisant pour les rencontrer.

Fallait-il donc en conclure que l'on avait affaire plutôt à un lichen scrofulosorum qu'à un pityriasis rubra pilaris?

Il est plus sage de penser qu'on était en présence d'un de ces faits de passage si nombreux en dermatologie et qui, dans le cas particulier, devenait un élément précieux d'information, car il montrait la possibilité d'une étiologie commune.

*
**

Ainsi prévenu, j'ai cherché si la clinique pouvait me fournir des arguments favorables à cette hypothèse. Pour cela j'ai colligé les observations du mémoire de Besnier (2). Ce mémoire renferme 28 observations. Sur ce nombre, 5 observations n'étaient pas utilisables puisqu'elles étaient trop courtes ou écrites en anglais intraduisible pour moi. Il m'est donc resté 23 observations à dépouiller. Après lecture attentive, on peut constater que dans quatre observations seulement il n'est pas du tout question de la tuberculose (obs. 5 Tilbury Fox, IX Rendu, XI Richaud, XIV Besnier); dans six observations (XV, XVI, XVII, XIX Besnier; XX, XXIII, XXV Vidal) la tuberculose était seulement probable; enfin, dans les douze autres observations (II et III Devergie, IV Thomas Hillier; VIII J. Renault; X Richaud et Hallopeau; XII, XIII, XVIII, XXI Besnier; XXII Vidal et Raymond; XXIV Wickham; XXVIII César Boeck) la tuberculose

(1) L'observation n'a pas été publiée dans les bulletins de la Société de dermatologie, mais on la trouvera dans les bulletins de la Société anatomique.

(2) BESNIER. Observations pour servir à l'histoire clinique du pityriasis rubra pileux. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 2^e série, t. X, 1889, nos 4, 5 et 6.

est flagrante. Dans l'observation II, la jeune fille avait eu des « engorgements ganglionnaires suppurés dans l'enfance; dans l'observation III, le malade, de tempérament lymphatique, venait se faire soigner « d'un pityriasis rubra compliqué d'une bronchite intense » et « une tuberculisation pulmonaire intermittente » empêcha d'appliquer le traitement; dans l'observation IV il y a, en même temps que le pityriasis, une ostéite tuberculeuse du tibia; dans l'observation VIII le malade a une sœur morte de la poitrine à 26 ans, et il a eu trois enfants morts : l'un à un an et demi de fluxion de poitrine, le second à 8 mois de convulsions, le troisième de la rougeole à 3 ans; dans l'observation X, il y a des accidents scrofuleux dans l'enfance, de la gourme vers 10 ans, et souvent des adénites sous-maxillaires; dans l'observation X le père est mort phthisique et le sujet « délicat » a eu des « gourmes intenses »; dans l'observation XIII il y a de l'algidité des extrémités, la mère est atteinte de bronchite habituelle; dans l'observation XVIII, algidité avec cyanose habituelle des extrémités et engelures; dans l'observation XXI glandes au cou dans l'enfance et persistance de blépharite chronique ciliaire; dans l'observation XXII adénopathies ainsi que dans l'observation XXIV; dans l'observation XXVIII il y a de grosses adénopathies des fosses iliaques.

La proportion des tuberculeux est donc très forte chez les sujets atteints de pityriasis rubra pilaire; bien qu'elle n'ait pas été cherchée systématiquement dans les observations du mémoire de Besnier, on l'y découvre dans la proportion certaine de 52,17 p. 100, et probable de 82,6 p. 100. Si les observations avaient été prises avec l'idée préconçue de la tuberculose, en faisant une enquête minutieuse et en recherchant les moindres stigmates bacillaires, celle-ci aurait certainement été dépistée dans une proportion bien plus grande encore.

*
*
*

Devant de tels résultats, je résolus d'essayer une démonstration plus positive encore, quoique la plupart des « tuberculides » aient été découvertes par ce procédé statistique. L'occasion s'en présenta avec le malade suivant, dépourvu de toute lésion tuberculeuse appréciable cliniquement, et que j'injectai à la tuberculine (1).

Voici cette observation :

Le nommé L..., Joseph, âgé de 33 ans, maçon, entre le 8 novembre 1906. salle Cazenave, lit n° 49, dans le service du Dr de Beurmann, que j'ai l'honneur de suppléer.

Il est porteur d'une éruption ayant débuté au mois d'août 1906, par les

(1) La tuberculine employée fut celle de l'Institut Pasteur de Paris, livrée en ampoules de 10 milligrammes pour l'épreuve du bétail.

maines d'abord, puis les avant-bras, de sorte que le malade en attribuait le développement à son métier et voulait qu'on l'assimilat aux accidents du travail dont sont victimes nombre de ses compagnons.

L'affection s'était étendue ensuite à la poitrine, aux pieds, aux jambes et aux cuisses. Le visage fut pris en dernier lieu. Le tout se développa sans douleur, ni prurit.

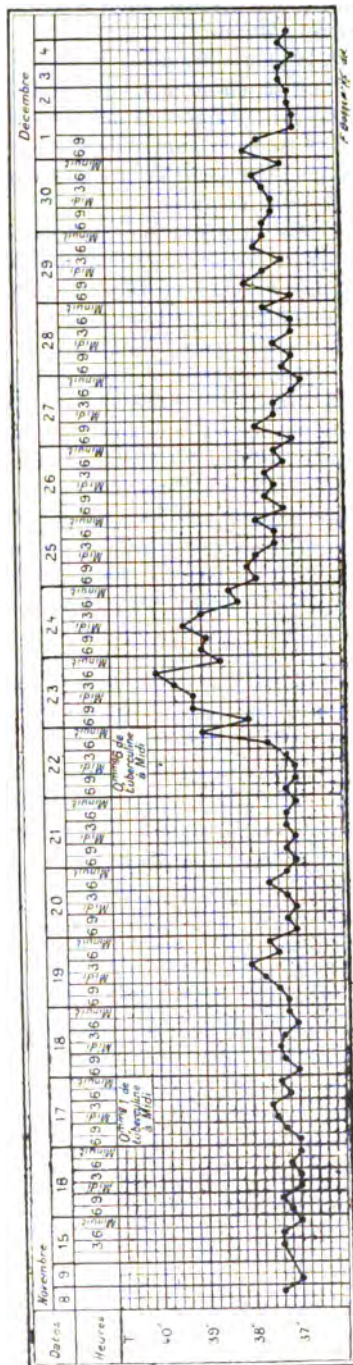
Il s'agissait, non d'une éruption artificielle, mais d'un pityriasis rubra pilaris de Devergie, des plus caractéristiques et des plus classiques.

A l'entrée le malade se présentait avec l'aspect suivant :

Sur le dos des mains, les avant-bras et une partie des bras, sur les jambes et les cuisses existe une *rougeur diffuse avec infiltration et exagération des plis*. Sur le dos, existent aussi des rougeurs, mais en plaques moins étendues de la dimension d'une pièce de 5 francs en moyenne et présentant d'une manière très remarquable et très élégante le *plissé fin et régulier des stries papillo-sudorales et sébacéo-pilaires*. De place en place, existent sur ces plaques rouges des intervalles de peau saine à contours exactement limités.

Sur les épaules, sur les flancs, au niveau des fesses, existent de *nombreux éléments folliculaires* disposés en *séries* curvilignes suivant les plis de la peau, ou en petits groupes arrondis, qui sont constitués par une petite rougeur du centre de laquelle s'échappe un petit filament blanchâtre un peu semblable à ces poils cassés, blanchâtres, amiantacés de la teigne à petits spores et présentant un aspect analogue à la xérodermie pileaire. Sur le dos des mains, sur le dos des premières phalanges, on voit quelques très rares cônes, mal marqués et centrés par un point noir.

Sur le cuir chevelu, sur le visage



existe une desquamation assez finement lamellaire, donnant aux parties un aspect plâtreux.

A la plante des pieds existe une *hyperkératose* extrêmement accentuée.

C'est là, en un mot, un *pityriasis rubra pilaris* des plus caractérisés.

Les autres appareils ne présentent rien d'anormal.

Les *poumons*, auscultés soigneusement, ne présentent aucun signe pathologique, pas même de troubles dans le murmure vésiculaire.

Le cœur est sain.

Le foie et la rate sont de volume normal.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

Enfin le système nerveux ne présente pas de lésion appréciable.

La température du malade à l'entrée était de 37°.

Les antécédents héréditaires du sujet nous fournissent peu de renseignements. Son père et sa mère sont bien portants. Ils ont eu 10 enfants dont 5 sont vivants. Les autres sont morts vers un ou deux ans. Le malade ne peut nous donner les causes de cette mort.

L..., lui-même n'a jamais présenté de maladie grave. Étant soldat, à 22 ans, il a eu un érysipèle de la face. Il eut une blennorrhagie il y a 5 ans. On ne note chez lui rien autre chose.

Le 17 novembre à midi, je lui fais une injection de 0^{mm}.4 de tuberculine. Il n'y a pas eu de réaction générale.

Le malade a éprouvé le lendemain quelques démangeaisons au niveau de ses placards éruptifs. Il n'y a eu d'élévation thermique (Voy. courbeci-jointe) que 48 heures après. Le 19 novembre à 3 heures du soir, il y avait en effet 38°². Cette élévation thermique était encourageante, car je l'ai rencontrée souvent sous cette forme modérée et retardée dans le cas d'injection de 0^{mm}.4.

Le 22 novembre, à midi, j'injectai sous la peau 0^{mm}.6 de tuberculine. Cette fois, la réaction fut extrêmement violente, comme on peut s'en rendre compte sur la courbe. A 6 heures du soir, la température commençait à monter (37°⁶) ; à minuit, elle atteignait 39°² et le lendemain à 6 heures du soir, 40°². Cette réaction dura quatre jours pleins en dessinant un clocher sur la feuille de température. Il y eut d'ailleurs dans les jours qui suivirent quelques petites poussées fébriles.

Les phénomènes généraux furent, eux aussi, très accentués. La nuit du 22 au 23 fut agitée ; le malade ne put dormir ; il avait de la céphalée ; de temps à autre, il avait une petite toux sèche, bien qu'il fût impossible de découvrir la moindre lésion pulmonaire à l'auscultation la plus attentive.

Ces phénomènes généraux tombèrent le lendemain 24 novembre.

Mais le plus important fut la *réaction locale*. Toutes les plaques érythrodermiques étaient d'une rougeur vive et brûlantes. La desquamation n'était pas très accentuée car le malade était traité par l'axonge depuis plusieurs jours. De petites plaques à peine visibles la veille étaient maintenant d'une évidence absolue et même saillantes. Le quadrillage à peine visible était maintenant de toute beauté.

Les cônes pilaires des phalanges étaient sortis en grande abondance.

Le malade avait été montré le 21 par M. Gaucher à son cours et M. Gaucher avait fait remarquer que ce *pityriasis* pourtant typique ne montrait

pour ainsi dire aucun cône pileux sur le dos des phalanges. Le 22, c'est-à-dire 24 heures après l'injection de tuberculine, tous ces cônes étaient sortis et le malade devenait ainsi un type accompli de pityriasis pilaris. Dans le dos, même abondante floraison de cônes pileux qui, les uns, étaient arrondis et les autres ombiliqués comme des papules de lichen plan.

Le 24, cette réaction locale s'atténua. La rougeur des plaques s'éteignit. Le 26, les cônes s'affaissaient mais persistaient beaucoup.

Aujourd'hui 6 décembre, le malade quoique encore bien typique (4) est nettement amélioré. Les vastes plaques rouges des membres sont, en particulier, moins infiltrées et très pâlies.

*
* *

Jusqu'ici, les causes du pityriasis *rubra pilaris* sont complètement ignorées.

Gaucher (2) dit: « L'étiologie est encore plus obscure... Je l'ai vu se développer une fois, à la suite de chagrins et de fatigues exagérées, une autre fois chez un alcoolique invétéré. Ce sont des causes banales, dont je ne puis expliquer le mode d'action. En réalité, nous ne savons rien sur la nature de la maladie. Chez une jeune fille, que je soigne en ce moment, la maladie est apparue sans aucune cause appréciable. »

Thibierge (3), dans la *Pratique dermatologique*, dit également: « Le pityriasis *rubra pileux* est une affection très rare; son étiologie est fort mal déterminée. La seule condition prédisposante qu'on puisse accuser est le nervosisme des parents, quelquefois le lymphatisme des malades eux-mêmes. »

« Les poussées, elles-mêmes, se produisent le plus souvent sans cause occasionnelle apparente, ou à la suite de circonstances tellement banales et variables qu'on ne peut leur attribuer une valeur réelle. »

Brocq (4), tout récemment, dit encore: « L'étiologie de cette affection est complètement inconnue. Elle peut apparaître à tout âge: cependant, elle débute d'ordinaire pendant la jeunesse ou l'adolescence. Elle est un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme. »

Il me semble qu'en raison des faits rapportés dans ce travail, l'obs-

(1) J'ai demandé à M. Baretta, l'illustre artiste de l'hôpital Saint-Louis, de vouloir bien mouler une épaule de ce malade, de manière à conserver du cas une pièce à conviction. On n'y verra pas de squames car toutes celles-ci sont décapées par l'axonge.

(2) GAUCHER. *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 351, 1898.

(3) THIBIERGE, Art. *Pityriasis rubra pileux* in *Pratique dermatologique* de Besnier, Brocq et Jacquet, t. III, p. 892.

(4) BROCC. *Traité élémentaire de dermatologie pratique*, t. II, p. 36.

curité qui entourait encore le *pityriasis rubra pilaris* et dont témoignent les trois citations ci-dessus, tend à se dissiper et que la nature tuberculeuse de l'affection n'est pas douteuse. La série des arguments est la suivante :

a) *Grande fréquence de la tuberculose chez ces malades.*

La tuberculose qu'on observe est presque toujours une tuberculose peu virulente ou larvée. Elle passe souvent inaperçue parce qu'on ne la recherche pas d'une manière systématique et que, précisément, elle n'apparaît pas d'une manière flagrante.

b) *Existence de cas intermédiaires entre le lichen scrofulosorum, tuberculide avérée, et le pityriasis rubra pilaris.*

c) *Réaction positive du sujet à la tuberculine* ; on l'a vu, cette réaction présentait les garanties nécessaires à la démonstration. Il y a eu à la deuxième injection, avec 0^{mm},6 de tuberculine, une *réaction générale* avec courbature, mal de tête, etc., et une *réaction locale*.

C'est cette réaction locale qui donne à l'observation toute sa valeur, car s'il y avait eu seulement la réaction générale, on avait seulement le droit de dire que le sujet était tuberculeux, mais non que son pityriasis l'était. La réaction locale a été très nette : rougeur vive et chaleur (le lendemain de l'injection) de tous les placards rouges de la surface du corps ; apparition d'un grand nombre de cônes pilaires très saillants dans les régions où il n'en existait pas encore, et accentuation des précédents. Cette réaction locale a suivi une marche parallèle à la température. Rougeur, chaleur, cônes pilaires, tout cela s'est atténué progressivement, au fur et à mesure que la température tombait.

d) L'amélioration du malade a été telle après la tuberculine, que l'on peut songer à utiliser cette substance comme méthode thérapeutique efficace pour une maladie contre laquelle on est jusqu'alors assez désarmé.

*
*
*

Je dois faire remarquer, en terminant, qu'il est probable que bien d'autres affections de la peau sont sans doute également de nature tuberculeuse.

Il est étonnant, en effet, de voir combien peu nombreuses sont les tuberculoses de la peau, connues, comparativement aux autres tuberculoses en général, ou plutôt combien peu nombreuses sont les affections de la peau, reconnues tuberculeuses relativement au nombre considérable des autres affections de la peau.

Il me paraît que l'*eczéma péripilaire* ou *eczéma folliculorum* de Malcolm Morris et de Unna, mérite, lui aussi, d'être considéré comme une tuberculose cutanée atypique. J'ai été frappé de la *constance* de

la tuberculose pulmonaire chez les sujets qui en étaient porteurs, non pas d'une tuberculose bruyante, mais d'une tuberculose fibro-emphysemateuse, se cachant sous le masque d'une bronchite chronique ou d'un asthme. J'ai vu de ces tuberculeux de vieille date (de plusieurs années), faire des poussées d'eczéma folliculaire en même temps que des poussées de tuberculose, etc. Ces documents feront l'objet d'un prochain travail.

M. Brocq ne fait-il pas remarquer que, au début, cette affection « simule, à s'y méprendre, le pityriasis *rubra pilaire* (1) ». Les lésions anatomiques s'en rapprochent aussi, car ce sont des éléments périfolliculaires.

Le *lichen plan*, lui-même, est souvent difficile à distinguer, histologiquement, du pityriasis *pilaris*; ne pourrait-il pas être, lui aussi une tuberculose atypique? Ne voyons-nous pas le pityriasis *pilaris* faire des lésions cliniquement identiques au lichen plan. Le malade Lop... en était un exemple admirable. Je pose d'ailleurs cette question sans la résoudre, car je n'ai pas observé ni étudié de lichen plan depuis que j'ai cette idée.

Les *pseudo-pelades* de Brocq, qui réalisent le type des périfolliculites chroniques, mériteraient d'être étudiées au même point de vue.

M. PAUTRIER. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas de pityriasis *rubra pilaire* coïncidant avec un *lupus érythémateux* du visage, dans le service de M. Brocq, et dont voici d'excellentes photographies. Ce cas n'est communiqué qu'à titre de document, toutes réserves étant faites sur l'interprétation qu'il convient de lui donner.

L'histologie pathologique du pityriasis *rubra pilaire* a été bien faite dans le mémoire que M. Jacquet a annexé au travail de M. Besnier, en 1889. La lésion sur laquelle M. Jacquet a presque uniquement insisté est l'existence du cône corné s'enfonçant dans l'utricule pilo-sébacé. J'ai pu faire une biopsie des lésions chez un jeune homme atteint d'une éruption au début, encore douteuse, et qui évolua ensuite nettement vers le pityriasis *rubra pilaire*. J'ai constaté dans ce cas une infiltration extrêmement intense de toute la partie superficielle du derme, et de plus, une infiltration périvasculaire. L'ensemble pouvait rappeler les lésions habituelles des tuberculides, mais je n'y ai rencontré ni cellules épithélioïdes ni cellules géantes, rien en un mot qui fût l'indice d'un tissu tuberculeux franc. M. Milian a-t-il observé quelque chose de semblable chez son malade?

M. JACQUET. — Lors des recherches histologiques que j'ai faites sur le pityriasis *rubra pilaire* et dont les résultats se trouvent dans le beau travail de M. Besnier sur cette affection, je n'ai constaté aucune formation histologique qui ait pu faire soupçonner l'origine tuberculeuse de la maladie. Ce n'est cependant pas une raison d'éliminer cette origine.

M. HALLOPEAU. — Dans le travail si documenté que notre vénéré président

(1) Brocq. *Traité élémentaire de dermatologie pratique*, t. II, p. 79.

honoraire, M. Besnier, a consacré au pityriasis rubra pilaire, ou peut trouver un certain nombre d'observations où la tuberculose est signalée dans les antécédents soit héréditaires, soit personnels.

M. MILIAN. — J'ai relevé, comme je l'ai dit plus haut, tous les faits rapportés par M. Besnier; la tuberculose y est décelable dans la moitié des cas. Je n'ai pu faire encore de biopsie chez le malade que je vous présente; mais j'ai examiné histologiquement d'autres cas, et n'y ai jamais trouvé aucune lésion tuberculeuse typique. Toutefois le siège périfolliculaire des lésions rappelle ce qu'on observe dans beaucoup de tuberculides. Je crois qu'il existe tous les intermédiaires entre le pityriasis rubra pilaire et le lichen scrofulosorum.

M. BALZER. — J'ai observé récemment un enfant atteint de pityriasis rubra pilaire typique formant à la nuque un placard large comme la paume de la main, et au voisinage, de lésions papuleuses, rappelant le lichen scrofulosorum. Cet enfant avait un gros ventre, et des adénopathies multiples au cou, et sa mère était atteinte d'une tuberculose avancée.

M. DARIER. — J'ai observé un cas tout à fait analogue à celui que vient de citer M. Balzer : un enfant atteint de pityriasis rubra pilaire et d'adénopathies multiples et dont la mère était tuberculeuse.

Je ferai remarquer que, de toutes les grandes dermatoses, le pityriasis rubra pilaire est certainement une de celles qu'on observe le plus souvent à l'état fruste. Ces formes frustes sont ordinairement d'un diagnostic très embarrassant; les lésions commencent par une rougeur diffuse avec légère accentuation des pores pilo-sébacés; puis elles conduisent à l'érythrodermie à squames plâtreuses; elles peuvent aussi prendre un aspect très voisin de celui du lichen scrofulosorum.

Je suis tout à fait d'accord avec M. Milian pour admettre qu'il existe des faits intermédiaires entre le pityriasis rubra pilaire et le lichen scrofulosorum.

M. PAUTRIER. — Je rappellerai que Bæck (de Christiania) a décrit des formes atypiques de lichen scrofulosorum qui évoluent, les unes vers le lichen simplex, les autres vers des états voisins du pityriasis rubra pilaire; je crois donc qu'il convient d'être très circonspect et d'étudier avec soin les futurs cas de pityriasis rubra pilaire dans lesquels on pourra soupçonner la tuberculose.

Tuberculides papulo-nécrotiques transformées in situ en lichen scrofulosorum, chez une fillette de 13 ans atteinte de tuberculose osseuse et ganglionnaire.

Par MM. DARIER et BRISSY.

Des faits actuellement connus et publiés, il ressort avec la dernière évidence qu'il y a une parenté étroite entre les divers types de tuber-

culides, de même qu'entre les tuberculides et les tuberculoses de la peau.

Kaposi avait déjà signalé la coïncidence du lichen scrofulosorum et de l'acné cachecticum chez le même sujet. De nombreux auteurs ont remarqué, et nous-mêmes avons observé plusieurs fois, la coexistence de tuberculides papulo-nécrotiques et de lichen scrofulosorum ou de sarcoïdes sous-cutanées, etc.

L'observation que nous présentons tend à démontrer la parenté naturelle des tuberculides papulo-nécrotiques et du lichen scrofulosorum, et cela d'une manière nouvelle. Au lieu de voir deux éléments de type différent évoluer l'un à côté de l'autre, et de conclure à leur parenté par un ensemble de caractères communs aux tuberculides, nous avons rencontré une éruption dont chaque élément a présenté à un moment donné le type des tuberculides papulo-nécrotiques et, à un autre moment, celui du lichen scrofulosorum.

Il s'agit d'une fillette de 13 ans, qui, au mois de mai 1906, se trouvait en traitement dans le service du Dr Broca, à l'hôpital des Enfants-Malades, pour tuberculose ganglionnaire du cou, ulcérée.

Depuis le 15 mai, cette enfant présente une éruption qui a les caractères suivants au moment où elle est examinée à ce point de vue pour la première fois (30 mai) :

L'élément éruptif est constitué par une papulette grosse comme une tête d'épingle, avec un point jaune central, formé non par du pus, mais par un tissu sec et concret, s'enlevant d'un bloc par le grattage, et laissant à sa place une petite ulcération putéiforme, exactement comblée par le tissu enlevé en grattant l'élément.

La topographie de cette éruption est la suivante. Elle a débuté par la face interne des cuisses où les éléments sont très nombreux, assez souvent groupés deux par deux. Elle existe de même sur le tronc, la poitrine, le dos et les bras.

Au niveau des avant-bras, les éléments sont peut-être plus caractéristiques encore, mais plus espacés.

Rien aux mains.

A la figure se voit un groupe d'éléments au-dessous de la paupière inférieure gauche.

L'enfant porte deux ulcérations tuberculeuses d'origine ganglionnaire. L'une est une adénite cervicale suppurant largement du côté gauche. L'autre est au niveau du ganglion sus-épitrochléen, également du côté gauche.

Autour de chacune de ces ulcérations les éléments papulo-nécrotiques sont groupés en quantité plus considérable que dans le reste de la région.

A noter que sur le tronc les éléments sont sur base séborrhéique.

Outre ses manifestations ganglionnaires, l'enfant a présenté d'autres localisations tuberculeuses. Il y a dix-huit mois, à la suite d'une chute, elle a eu un mal de Pott, pour lequel elle a été immobilisée et qui paraît arrêté dans son évolution. Rien aux poumons.

Une première biopsie est faite le 30 mai 1906. — Élément isolé à la face de l'avant-bras droit. Fixation à l'acool à 90°. Inclusion et coloration par les méthodes ordinaires.

Cette biopsie montre un élément nécrotique, constitué en son centre par un clou de pus concret, s'enfonçant dans l'épiderme, le dépassant et entamant le derme. Dans le derme, autour de la zone de nécrose, se trouve une zone d'infiltration, avec traînées de cellules plasmiques périvasculaires. De plus, il y a destruction du tissu élastique au niveau de la zone nécrotique.

En résumé, élément papulo-nécrotique, sans trace de tissu tuberculoïde.

L'enfant est revue 15 jours plus tard, le 15 juin; mais à ce moment l'éruption a changé complètement d'aspect.

Dans sa distribution l'éruption est restée exactement la même; il y a autant d'éléments qu'il y en avait, et il ne s'en est pas formé de nouveaux; mais tous les éléments se sont modifiés, et de la même façon. Ils se sont flétris, pour ainsi dire. Il y a eu éviction du foyer nécrotique; on le retrouve, à l'état de croûte, coiffant le sommet d'une papule, ou bien cette croûte est déjà tombée. Sous les croûtes qui persistent, on découvre une petite papule grosse comme un grain de millet, de couleur foncée, cuivrée, ressemblant à un microscopique élément de lupus. A la vitropression, légère translucidité de cet élément.

Une seconde biopsie est pratiquée le 15 juin à la face antérieure du genou gauche. Fixation et coloration comme pour la première.

L'examen de la pièce donne des résultats tout différents. Au sommet de la papule, l'épiderme présente un amincissement considérable. Au-dessous, bien isolé du reste des tissus, se trouve un noyau de tissu tuberculoïde, véritable tubercule élémentaire, avec une cellule géante, entourée par un amas de cellules épithélioïdes et lymphoïdes.

Le bacille de Koch n'a pas été recherché. L'épreuve de la tuberculine n'a pas été faite, non plus que l'inoculation.

L'enfant, qui allait beaucoup mieux à ce moment, est sorti du service dans le courant du mois de juillet.

Cette observation démontre un fait anatomique intéressant. Dans le rapport sur les Tuberculides, présenté par l'un de nous au Congrès de Dermatologie de Paris, 1900, il avait admis que, par leur structure histologique, les tuberculides se rangent en deux groupes: le type A, tuberculoïde, et le type B, nécrotique. Dans le cas actuel on voit ces deux types anatomiques, si nettement tranchés, se substituer *in situ* l'un à l'autre. Le type tuberculoïde succède au type nécrotique.

On pourrait sans doute interpréter de diverses façons cette transformation. L'explication qui nous semble la plus plausible serait la suivante: Le virus, probablement arrivé par embolie, étant fortement nocif, a provoqué la nécrose du petit foyer embolique; après élimination de ce foyer, il restait assez de substance virulente pour donner naissance à du tissu tuberculoïde.

Quoi qu'il en soit, la parenté intime des tuberculides papulo-nécro-

tiques et du lichen scrofulosorum est une fois de plus confirmée. Notre observation établit, de par la clinique et de par l'anatomie pathologique, le passage direct de l'une de ces formes à l'autre. Il sera intéressant de rechercher à l'avenir si cette transformation est fréquente.

Leucoplasie et épithéliomatose surtuberculeuses.

Par M. Ch. AUDRY.

Il n'y a pas lieu de revenir sur les rapports immédiats ou indirects qui existent entre la syphilis d'une part, la leucoplasie et l'épithélioma des muqueuses d'autre part (1). On sait de reste que la syphilis par ou sans l'intermédiaire de la leucoplasie, est le plus actif agent provocateur de l'épithélioma de la bouche (langue, joues, amygdales, pharynx, etc.) ; mais on peut encore s'occuper à mettre en relief les rapports de même ordre qui existent entre la tuberculose d'une part, et, d'un autre côté, la leucoplasie et l'épithélioma.

1° LEUCOPLASIE SURTUBERCULEUSE.

Un premier point peu connu, et non douteux, est le suivant : *Des lésions tuberculeuses des muqueuses ectodermiques peuvent engendrer dans celles-ci des altérations leucoplasiques, leuco-kératosiques avérées.*

J'en possède 3 observations certaines ; dans les 3 cas, il y avait eu erreur de diagnostic rectifiée par l'examen histologique.

1^{er} Cas. — On en trouvera l'observation reproduite en détail dans les comptes rendus de cette Société en mars 1897, sous le titre : Papillome juxta-lupique de la langue ; tubercule du cervelet ; mort. Il s'agissait d'un homme, probablement ancien syphilitique, amené dans mon service pour des accidents de torpeur qui se transformèrent en coma et se terminèrent par une mort rapide, malgré le traitement spécifique. Pendant sa vie, on avait constaté l'existence d'un placard leucoplasique limité et saillant de la langue qu'on avait attribué à la syphilis. A l'autopsie, tumeur circonscrite de l'écorce du cervelet, et méningite. L'examen microscopique montra que cette tumeur du cervelet était un tubercule, et que le placard de la langue recouvrait un infiltrat lupique des plus nets.

2^e Cas. — Il s'agissait d'un placard de leucoplasie circonscrite et saillante développée sur le côté droit de la vulve d'une femme âgée de 60 ans, un peu au-dessous de l'origine des petites lèvres. Extirpation. Au microscope, leucoplasie recouvrant un infiltrat de lupus bien caractérisé. (Noté dans la thèse récente de Combélérans sur les tuberculoses de la vulve. Toulouse, 1906.)

3^e Cas. — Encore inédit, il sera reproduit en détail dans une thèse d'un de mes élèves consacrée à la tuberculose des lèvres. En voici le résumé. En juin 1906, vient à la polyclinique un homme de 55 ans ; je l'ai soigné autrefois

(1) ETCHEVERRY, Syphilis et cancer : *Annales de dermat. et de syph.*, août 1904.

pour une cystite chronique que j'avais qualifiée de tuberculeuse et qui était guérie. Le malade revient avec une plaque leucoplasique bien circonscrite, saillante, développée sur la face interne de la lèvre supérieure, à droite, au voisinage et un peu au-dessus de la commissure. C'est un fumeur et les dents sont mauvaises. On pense à une leucoplasie mixte, probablement syphilitique, bien que le malade n'accuse aucun antécédent de ce genre. Excision : Au microscope, on constate avec étonnement des altérations leucoplasiques habituelles recouvrant plusieurs infiltrats lupiques, aussi bien caractérisés que possible. Quand le malade revint faire enlever ses fils, on apprit qu'il toussait depuis longtemps, qu'il avait eu récemment des hémoptysies, et à l'auscultation, on découvrit des lésions tuberculeuses des deux sommets : matité, craquements déjà humides, etc.

Voilà donc 3 cas non douteux de leucoplasies surtuberculeuses. Elles ne différaient en rien des leucoplasies les plus habituelles, sauf qu'elles étaient toutes trois plus circonscrites qu'à l'ordinaire, et en foyer unique. Je pense donc que dans ce cas, il faudra être attentif à l'avenir.

Je n'ai pas rencontré personnellement de leucoplasies tuberculeuses ayant subi la dégénérescence épithéliomateuse; mais je pourrai tout à l'heure en citer un exemple.

2° ÉPITHÉLIOMATOSE SURTUBERCULEUSE.

Sur la peau, les exemples en sont nombreux et bien connus: tout le monde connaît l'épithélioma développé sur le lupus. Présentement, je suis persuadé que bon nombre d'épithéliomas des doigts sont développés non sur des lupus vulgaires, mais sur des placards de tuberculose verruqueuse; il est impossible de saisir le moment de passage de l'un à l'autre processus; la tuberculose verruqueuse est déjà un papillome et l'épithélioma en est terriblement rapproché. Or un grand nombre de tuberculoses verruqueuses des extrémités sont méconnues surtout dans la pratique rurale, où elles se rencontrent bien plus souvent que parmi la population urbaine.

L'épithélioma surtuberculeux des muqueuses est beaucoup moins connu; il n'est pas certain qu'il soit beaucoup plus rare. Sans doute, il n'est pas permis de considérer avec Ribbert que les épithéliomas de la lèvre au pourtour desquels on découvre des cellules géantes doivent être considérés ipso facto comme surtuberculeux. Mais cela est possible dans certains cas. J'ai vu un épithélioma malpighien avec adénopathie développé sur ce qui avait été le rebord muqueux d'une lèvre inférieure attaquée par un vieux lupus. D'autre part, j'ai acquis la certitude que les formes objectives de la tuberculose des lèvres sont actuellement à peu près inconnues; on se fait difficilement une idée des renseignements inattendus que procure l'examen histologique des pièces de ce genre.

Enfin, avec Iversenc, j'ai présenté ici même, en 1897, une observation d'épithélioma développé sur un lupus de la voûte palatine. Je suis très disposé à admettre que les cas semblables à celui de Crone (lupus et épithélioma du larynx) sont bien plus fréquents qu'on ne le pense, et que la tuberculose ne laisse pas tout cet ouvrage à la syphilis, ni là, ni ailleurs. Enfin, mon collègue et ami, le Dr Rispal, possède une observation complète de leucoplasie vulvaire développée sur un lupus, et accompagnée de dégénérescence épithéliomateuse.

Tout cela me permet de dire : *les épithéliomatoses surtuberculeuses de la peau sont bien connues, et cependant encore plus fréquentes qu'on ne le croit ; les épithéliomatoses surtuberculeuses des muqueuses sont bien loin d'obtenir dans nos livres et nos préoccupations la place qu'elles méritent.*

Hyperidrosis nigricans.

Par M. Ch. AUDRY.

Voici une observation qui m'a paru fort curieuse :

En juillet dernier, je vis le fils d'un de mes amis, grand et solide garçon de 18 ans, dépourvu de tout antécédent héréditaire ou personnel, un peu nerveux, peut-être. Depuis plusieurs semaines, il était fort préoccupé par un petit phénomène tout à fait singulier. Le pouce, l'index et le médius de la main droite offraient, dans les points correspondant exactement à la pression exercée sur la plume à écrire, des surfaces brun foncé. Il m'expliqua et me montra que cette couleur ne s'accompagnait d'aucun symptôme subjectif, d'aucune modification de l'épiderme. Il y avait purement et simplement coloration. L'eau savonneuse ne l'enlevait pas, mais elle disparaissait dans l'alcool pour se reproduire bientôt. Il existait un certain degré d'hyperidrose de l'une et l'autre main ; cette hyperidrose était sensiblement augmentée aux points indiqués. La sueur perlait limpide ; la coloration apparaissait au fur et à mesure que la sueur se desséchait ou qu'elle se prolongeait.

Ni le porte-plume, ni les gants ne pouvaient être mis en cause : le phénomène se produisait même en dehors de toute écriture.

Point de troubles de la sensibilité.

Il suffisait de quelques minutes pour voir apparaître sur la peau bien nettoyée, d'abord une rosée sudorale, puis une teinte sépia à peine indiquée, puis de plus en plus foncée ; elle arrivait à prendre une couleur terre de Sienne brûlée très intense.

Il n'y avait point de supercherie possible : le phénomène se produisait sous les yeux de l'observateur ; et le porteur était désespéré de sa petite infirmité.

Pendant les vacances, disparition totale des accidents.

En octobre, quand le jeune homme a repris la plume (un porte-plume de liège, tout neuf), réapparition immédiate des mêmes phénomènes que je n'ai pu ni entraver, ni améliorer ; mais ils offrirent beaucoup moins d'intensité et de régularité.

Je ne connais pas de cas exactement semblable. En général, les chromidroses sudorales sont bleues et ne se localisent pas de cette manière. Il ne s'agit point de sueurs colorées. Ici, la sueur est incolore, et le noircissement se produit secondairement et dans l'épaisseur de la couche cornée, comme si celle-ci s'imbibait d'une substance noircissant au contact de l'air.

La *stearrhea nigricans* d'E. Wilson est totalement différente.

On peut se demander s'il ne faut pas expliquer ce fait en utilisant des données fournies par M. Gessard.

Ce dernier a montré que la tyrosine jouerait le rôle d'un chromogène qui deviendrait noir ou brun foncé par l'action oxydante de la tyrosinase (1).

On en peut induire que chez mon jeune homme, il y aurait une hyperidrose à tyrosine d'origine probablement réflexe et se produisant seulement au niveau des points de pression sur le porte-plume.

Il est vraisemblable que le système nerveux joue un rôle capital en ce cas, comme dans un grand nombre de syndromes hyperidrosiques.

Syphilis cérébrale précoce; artérite du tronc basilaire et foyer de ramollissement protubérantiel; guérison. Artérite de la sylvienne; méningite, mort, autopsie.

Par M. CONSTANTIN.

L. L..., 26 ans, tailleur d'habits, de constitution assez robuste, contracté à la fin de son service militaire (il y a un peu plus de deux ans), une syphilis sévère d'emblée. Soumis aux injections d'huile grise, le malade vint d'abord se montrer assez régulièrement, puis on le perdit de vue pendant quelque temps, lorsque vers le milieu de juillet de cette année nous le revîmes à la consultation, porteur d'une hémiplegie gauche avec contracture, bien que ne remontant à guère plus d'un mois. On lui fait alors (10 juillet) une injection de calomel.

Quelques jours plus tard, le 17 juillet dans la soirée, on le ramène à l'Hôtel-Dieu où il est admis d'urgence dans le service de M. le professeur Audry. Son état est des plus graves: le matin même au réveil, il a été brusquement atteint d'aphasie complète avec état subcomateux entrecoupé de courtes périodes d'excitation; on lui fait immédiatement une injection de calomel et l'on prescrit en même temps l'iodure à haute dose.

M. le Dr E. Sorel ayant observé le malade dès le début de ses accidents cérébraux, nous empruntons les renseignements qui suivent à l'observation qu'il a publiée à la Société anatomo-clinique:

« Dans la nuit du 1^{er} au 2 juin 1906, une hémiplegie gauche apparaissait, (la dernière piqûre d'huile grise avait été pratiquée la veille), l'hémiplegie se constituait lentement sans ictus, affectant le syndrome clinique des hémip-

(1) GESSARD. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 4 mai 1903. Cf. aussi: *Pratique dermatologique*, t. IV, art. Sudoripares.

plégies par arterite oblitérante, non celui des paralysies par hémorrhagie cérébrale.

« L'hémiplégie était totale, elle date de 3 semaines et voici déjà des signes de contracture : exagération des réflexes rotuliens, ébauche de clonus du pied, exagération plus ou moins accentuée des divers réflexes tendineux, signe des orteils de Babinski. Il y a participation de la face à la paralysie, on ne relève ni troubles intellectuels ni troubles du langage, pas de perversion de la sensibilité. Le malade se plaint uniquement de quelques douleurs de tête, assurément sous la dépendance de la spécificité. » (Dr E. Sorel; *Toulouse-Médical*.)

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, L. L... est sensiblement dans le même état d'obnubilation que la veille, par moments il a dans les membres inférieurs et le bras droit des mouvements non convulsifs mais lents et désordonnés; il essaie parfois de se lever et d'émettre avec peine des sons inarticulés, il ne peut parler malgré ses efforts, il lui est impossible d'écrire bien que son bras droit ait conservé toute sa motilité. Il semble entendre et comprendre les questions qui lui sont posées, auxquelles il répond par signe.

La fente buccale est légèrement déviée à gauche. Le facial supérieur est intact.

Les pupilles sont sensiblement égales, et réagissent normalement à la lumière.

Il n'y a pas de nystagmus ni de paralysie oculaire externe.

Du côté des membres : à gauche, hémiplégie avec contracture difficile à vaincre, exagération des réflexes tendineux, pas de clonus du pied, phénomène des orteils positif.

Sensibilité conservée, seulement un léger retard dans la perception de la douleur.

A droite, les membres ne présentent ni contracture, ni modification des réflexes tendineux. Pas de phénomène des orteils. Pas d'atteinte sérieuse à la motilité. La sensibilité est normale.

Les réflexes cutanés sont un peu diminués, surtout à gauche.

Le malade refuse bientôt toute ingestion de liquide, on doit recourir à la sonde pour lui faire prendre l'iodure de potassium (16 grammes par jour) et le lait; il est très constipé.

Le 19 juillet, l'état de L. L... s'est encore aggravé. L'assoupissement de la veille a fait place à une agitation extrême (on est obligé de maintenir de force le malade dans son lit). Incontinence d'urine et constipation absolue. Le bras droit est parésié et en demi-flexion. Le soir, la température rectale monte à 38°,4.

Le lendemain, après une nuit très agitée, la température est le matin à 39°,4 avec pouls rapide mais régulier et bien frappé, légère congestion des bases.

La langue est sèche; l'incontinence d'urine et la constipation persistent.

Le malade est dans un demi-coma avec hypoesthésie générale. Des convulsions se montrent dans le membre supérieur droit.

La température monte encore (39°,9 à midi), l'état comateux s'accroît et le malade meurt à six heures et demie du soir.

Autopsie. — L'autopsie, pratiquée le lendemain, donne lieu aux constatations qui suivent :

A l'ouverture du crâne, issue d'un liquide céphalo-rachidien légèrement opalescent et d'abondance moyenne.

Le cerveau, d'une consistance assez ferme, ne présente pas d'œdème, les vaisseaux de la pie-mère sont dilatés et gorgés de sang. La surface des hémisphères présente une légère coloration rougeâtre diffuse ; on y distingue en outre de petites plaques gris blanchâtre siégeant l'une au niveau des circonvolutions frontales droites, formant une traînée de quelques centimètres occupant le sillon séparant F¹ de F² ; une autre plaque siège au pied de la circonvolution de Broca, au niveau de l'opercule rolandique et de la frontale ascendante ; la surface de ces plaques est légèrement granuleuse.

A la base du cerveau, sauf au niveau du chiasma, on ne trouve aucune lésion méningée.

M. le professeur agrégé R. Cestan, à la compétence spéciale duquel nous avons fait appel, a bien voulu nous donner sur les lésions encéphaliques les notes qui suivent :

L'artère basilaire est complètement oblitérée dans tout son trajet, ainsi que l'extrémité des vertébrales.

Il existe un foyer de ramollissement protubérantiel ancien se traduisant par l'existence d'une cavité de la dimension d'un pois, situé exactement sur le trajet du faisceau pyramidal et limité à l'étendue de ce dernier.

L'artère sylvienne gauche est complètement oblitérée à partir de son origine.

Lésions de méningite granuleuse à très fines granulations blanchâtres à la surface de la pie-mère et abondant précisément dans la région de la sylvienne. Le microscope relève des lésions de méningite lymphocytaire non adhésive avec amas périvasculaires surtout périveineux.

En outre, dans le fragment d'écorce cérébrale examiné (région de la sylvienne) il existe de petits foyers microscopiques de ramollissement.

Les poumons congestionnés avec quelques tubercules sous-pleuraux et de nombreux noyaux disséminés de bronchopneumonie tuberculeuse. Pas d'épanchement, pas d'adhérences pleurales.

Intestin, péritoine normaux.

Foie gros sans lésion apparente.

Reins gros et congestionnés.

Examen histologique des lésions artérielles.

L'examen a porté exclusivement sur le tronc basilaire, lequel offrait sur toute son étendue l'aspect d'un cordon blanchâtre régulièrement cylindrique, sans dilatations ni bosselures ni taches superficielles, dur et donnant au toucher la sensation d'un cordon plein.

Un fragment traité par la méthode de Levaditi ne nous a pas permis d'y découvrir le tréponème. Le reste du vaisseau a été fixé par le mélange alcool-formol acide acétique de Morel et Dalous, et inclus dans la paraffine. Des coupes ont été prélevées à différentes hauteurs et traitées de diverses façons.

Topographie des lésions. — Sur toutes les préparations on voit, d'abord que le vaisseau est demeuré perméable ; quel que soit le niveau où ait porté

la section, on ne trouve nulle part d'oblitération totale, de caillot organisé, c'est à peine si par endroits on trouve quelques globules rouges peu déformés et très reconnaissables.

Le vaisseau apparaît comme un conduit à parois extrêmement épaissies possédant une lumière très étroite; la forme seule de cette cavité et sa situation par rapport à l'axe varient suivant le point envisagé: cylindrique et centrale à une extrémité, elle s'ovalise et s'aplatit vers l'extrémité opposée en même temps que sa situation se désaxe et devient de plus en plus pariétale. Malgré ces modifications de forme et de siège, la surface de section de la lumière vasculaire demeure sensiblement constante et peut être évaluée approximativement au $\frac{1}{7}$ du diamètre total du vaisseau. Sur des coupes d'ensemble à l'hématéine Van Gieson on peut en second lieu se rendre compte que la tunique externe et la tunique interne participent toutes deux, quoique très inégalement, à l'épaississement des parois vasculaires.

Tunique interne. — C'est à l'épaississement de l'endartère qu'est due la diminution de calibre du vaisseau. Bordée extérieurement par l'élastique interne, limitant intérieurement la lumière vasculaire, la tunique interne se présente sous l'aspect d'un anneau très épais constitué par des cellules nombreuses séparées les unes des autres par une abondante substance intercellulaire d'apparence fibrillaire.

Les cellules qui la constituent sont volumineuses, la plupart de forme très irrégulière à protoplasma d'aspect filamenteux présentant des expansions allongées au nombre de 2, 3 ou plus anastomosées parfois avec les prolongements des cellules voisines. Ces cellules ont un noyau ovalaire ou allongé se colorant nettement par les teintures basiques.

A côté de ces cellules existent en assez grand nombre des éléments plus petits à corps cellulaire réduit et régulièrement arrondi, dont le noyau se colore en bleu azuré par le bleu polychrome et la glycerinathermischung (les noyaux des cellules précédentes dans les mêmes circonstances se teignant en bleu violet).

Ces différentes cellules ne sont point au contact les unes des autres, elles sont au contraire largement séparées par une substance intercellulaire d'aspect fibrillaire présentant la plupart des réactions du tissu conjonctif; la fuchsine acide en particulier lui donne une teinte rose vif très nette. Au voisinage de la cavité vasculaire les cellules sont plus denses et plus serrées que dans le reste de la tunique interne, elles sont de plus à ce niveau fusiformes ou même arrondies: à l'extrême limite de la lumière l'endothélium manifeste des signes d'irritation, il est formé par un chapelet de cellules rondes gonflées et contiguës les unes aux autres.

Tunique moyenne. — A la limite externe de la couche précédente se dessine l'élastique interne. Remarquablement intacte, elle se présente sous l'aspect d'une épaisse ligne annulaire réfringente sinueuse; nulle part elle ne présente de solution de continuité; mais en quelques points elle offre des signes de clivage, elle devient feuilletée et se décompose en un nombre plus ou moins considérable de lamelles.

Ses réactions colorantes ne présentent pas de modification: le Van Gieson la colore en jaune vif, l'orcinéine acide en rouge brun foncé, la fuchsine-résorcine de Weigert en violet noir intense. La même intégrité se retrouve dans

les productions élastiques disséminées dans les couches suivantes sous forme de fibres.

Immédiatement en dehors de l'élastique interne, existe une musculaire diversement modifiée : les éléments qui la constituent sont notablement écartés les uns des autres par l'interposition de fibres conjonctives onduleuses ; enfin en plusieurs endroits cette couche musculaire est complètement détruite par un processus que nous allons maintenant examiner.

Tunique externe. — L'adventice, ainsi du reste que les méninges bulbo-protubérantielles qui la recouvrent, est le siège d'une infiltration diffuse assez dense constituée presque totalement par des cellules rondes. Dans son épaisseur se voit la section de vasa vasorum à paroi très épaissie présentant des lésions d'artérite à tendance oblitérante.

En plusieurs endroits, existent entre l'adventice et l'élastique interne des foyers d'infiltration nodulaire. Ces infiltrats sont constitués par des amas de cellules rondes de petite dimension au sein desquelles on peut reconnaître des éléments plus volumineux plus ou moins rectangulaires, dont le cytoplasme est chargé de granulations basophiles.

En certains points, ces amas cellulaires ont subi un processus dégénératif, et le nodule qu'ils constituent n'est plus représenté que par des noyaux altérés ou fragmentés et des débris cellulaires.

Ces infiltrats cellulaires de l'adventice, véritables gommages microscopiques, siègent à la partie profonde de la tunique externe ; à leur niveau la tunique musculaire a été détruite et l'infiltrat est au contact intime de l'élastique interne inaltérée.

Malgré l'inefficacité du traitement spécifique sur l'évolution des derniers accidents cérébraux, il nous semble à peine utile d'insister sur la légitimité du diagnostic d'artérite syphilitique suffisamment prouvé par le siège et l'histologie des lésions artérielles.

Bien que Darier ait apporté une observation assez analogue d'artérite basilaire précoce (un mois et demi après l'infection) accompagnée de ramollissement protubérantiel, les cas de ce genre sont peu fréquents. Enfin, chez notre malade nous avons d'abord eu une poussée d'artérite oblitérante du côté de la basilaire et de la sylvienne, déterminant d'abord un foyer de ramollissement protubérantiel limité au faisceau pyramidal, dans lequel nous devons voir la cause de l'hémiplégie gauche avec contracture.

Ce n'est qu'un mois et demi plus tard, en dépit d'un traitement intensif, que surviennent l'aphasie et les phénomènes méningitiques ayant déterminé la mort. C'est à ce moment qu'ont dû se produire les petits foyers de ramollissement microscopique dans le territoire de la sylvienne, lesquels ont vraisemblablement déterminé l'aphasie. En même temps ont apparu les plaques de méningite corticale prédominant sur le trajet de la sylvienne.

A cette époque les lésions artérielles étaient déjà définitivement constituées, ce qui nous explique l'insuccès du traitement.

Il est à noter que l'existence des nodules tuberculeux disséminés dans les poumons aurait pu apporter quelques difficultés dans l'interprétation des lésions méningitiques; mais M. le Dr R. Cestan n'a pas hésité à reconnaître à celles-ci un caractère nettement syphilitique.

Élections.

Au cours de la séance ont été nommés :

Membres titulaires : MM. Barcat, Bernstein, Druelle, Duhot, Foulquier, Petges.

Membres correspondants : MM. Dodsworth, Gonzalès Uruena.

Prix Zambaco.

Aucun mémoire n'ayant été remis à M. le Secrétaire général à la date du 30 novembre, le Comité de direction a décidé de proroger d'un an le concours.

Par suite de cette décision, le prix Zambaco pourra être exceptionnellement décerné deux années de suite, c'est-à-dire au mois d'avril des années 1908 et 1909. Les mémoires devront être adressés à M. le Secrétaire général au plus tard : pour le premier concours, le 30 novembre 1907; pour le second, le 30 novembre 1908.

Le Secrétaire :

L. BRODIER.

TABLE DES MATIÈRES

Acnéides. Sur un cas d'une nouvelle éruption acnéiforme de la face : acnéides hémisphériques agminées, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	329
Adénopathie néoplasique régionale provoquée par le traitement radiothé- rapique, par MM. GASTOU et DECROSSAS. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
Alopécie. Sur un cas d'— lépreuse, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP. (V. <i>Lèpre</i> .)	
Angiomes des lèvres , par M. MORESTIN.....	471
Antipyrine. (V. <i>Éruptions artificielles</i> .)	
Aplasia moniliforme des cheveux. Nouveaux cas, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	486
Argas. Accidents causés par la piqûre de l'—, par MM. BALZER et POISOT..	344
Aspirine. (V. <i>Éruptions artificielles</i> .)	
Bismuth. (V. <i>Dermatol.</i>)	
Blennorrhagie. Psoriasis atypique au cours d'une infection blennorrha- gique, par MM. BALZER et DESHAYES. (V. <i>Psoriasis</i> .)	
— Épididymite blennorrhagique double avec suppuration, par MM. BALZER, FLEIG et TANSARD.....	248
— Épididymite blennorrhagique suppurée; funiculite phlegmoneuse avec vaste abcès du canal inguinal, par MM. AUDRY et BOYREAU.....	395
Calomel et huile grise au galacoloïd, par M. GRIFFON. (V. <i> Mercure</i> .)	
Cancer. (V. <i>Épithéliome</i> .)	
Chancres mous. Grands chancres mous gangreneux crûro-vulvaires ; association de la symbiose fuso-spirillaire de Vincent avec le bacille de Ducrey, par MM. BALZER et POISOT.....	341
— Chancrelle indurée avec déhiscence linéaire du ganglion suppuré corres- pondant, par M. DANLOS.....	357
— Folliculites chancrelleuses de la vulve, par MM. DANLOS et PATHAUT....	358
Chéloïdes des muqueuses, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	70
— d'origine bromopotassique; action de la fibrolysine, par MM. CONSTAN- TIN et BOYREAU.....	348
— Traitement des — par l'ablation suivie de la radiothérapie, par MM. DE BEURMANN, NOIRÉ et GOUGEROT.....	414
Comité de direction. Rapport sur la gestion du — et la situation morale de la Société, par M. DANLOS.....	275
Corne. Sur une — probable de la lèvre, par MM. HALLOPEAU et DONZÉ....	288
Cuir chevelu. Sur un état papillomateux du — (forme morbide nouvelle), par M. HALLOPEAU.....	373
— Deuxième note sur une nouvelle forme d'altération papillomateuse en arc du —, par M. HALLOPEAU.....	483
Dermatol. Un cas d'intoxication par le —, par M. A. RENAULT.....	82
— A propos de l'intoxication d'origine bismuthique chez le malade présenté par M. Alex. Renault, par M. LAFAY.....	290
Dermite. Sur une — végétante avec éléphantiasis, entée sur une asphyxie locale mutilante des extrémités, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP...	87
— Sur une pandermaïte pénienne consécutive à des chancres indurés, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	499

Eczéma. Traitement de l'— par un baume aux principes actifs en combinaison avec le camphre et en dissolution dans l'acétone, par M. GRIFFON.....	31
Élections	122, 312, 397, 521
Engelures gangreneuses héréditaires, par M. DUBREUILH.....	34
Épithéliome. Les dangers et les contre-indications de la radiothérapie dans le traitement des épithéliomes de la peau, par M. LERROUX. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
— Indications et technique de la radiothérapie dans les épithéliomas cutanéomuqueux, par M. GASTOU. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
— Radiothérapie et épithéliome, par M. DANLOS. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
— Indications et contre-indications de la radiothérapie dans le traitement de l'épithéliome cutané, par M. LERROUX. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
— Les rayons X dans le traitement des épithéliomas cutanés, par M. BISSÉRIÉ. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
— A propos des indications de la radiothérapie dans le traitement de l'épithélioma cutané, par M. BELLOT. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
— Considérations générales sur la radiothérapie des épithéliomas cutanés, par M. BÉCLÈRE. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
— Ulcus rodens chez une fillette de 3 ans, par M. AUDRY.....	238
— Épithélioma du pavillon de l'oreille propagé à la région parotidienne, par M. MORESTIN.....	299
— Épithélioma du dos de la main, par M. MORESTIN.....	297
— Cancer de la face interne de la joue, guéri sans récurrence plus de trente mois après l'intervention, par M. MORESTIN.....	447
— Épithélioma du gland traité par la décortication du gland; présentation du malade guéri, quatre mois après l'intervention, par M. MORESTIN...	448
— Épithéliomas de la lèvre inférieure et de la face, par M. MORESTIN.....	462
— Épithélioma de la tempe adhérent au squelette. Extirpation, greffes dermoépidermiques appliquées secondairement, par M. MORESTIN.....	463
— Épithélioma lobulé corné de la langue guéri depuis dix-huit mois après opération chirurgicale et radiothérapie consécutive, par M. PAUTRIER. (V. <i>Langue</i> .)	
— Xeroderma pigmentosum avec épithélioma de la face, par MM. BALZER et MERLE. (V. <i>Xeroderma</i> .)	
— Leucoplasie et épithéliomatose surtuberculeuses, par M. AUDRY. (V. <i>Leucoplasie</i> .)	
Érosions péri-anales à spirilles, par MM. DANLOS et DÉHÉRAIN.....	151
Éruptions artificielles. Sur une dermatite exfoliative généralisée provoquée par un pansement local avec la solution d'acide picrique, par MM. HALLOPEAU et HERCK.....	189
— Sur l'apparition d'exanthèmes identiques après l'ingestion d'antipyrine, d'aspirine et de pyramidon, par M. HALLOPEAU.....	242
— Éruption iodique retardée, par M. MOTY.....	308
— Érythème iodique tartif, par M. MOTY.....	367
— Sur un cas d'iodisme végétant, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	320
— Accidents causés par la piqûre de l'Argas, par MM. BALZER et POISOT. (V. <i>Argas</i> .)	
— Éruption érythémateuse et papuleuse causée par la vanille, par MM. BROCC et FAGG.....	404
— Sur les dangers et la composition du topique dit « Prodermos », par MM. JACQUET et DESAS.....	485

Érythème. Sur un — induré de l'avant-bras et ses caractères particuliers, par MM. HALLOPEAU et ROY.....	20
— Érythème miliaire leucogénique prurigineux chronique, par M. MILIAN..	15
— Érythème polymorphe circiné purpurique, par MM. GAUCHER et BOISSEAU.	121
Favus atypique du cuir chevelu et favus des ongles, par M. DANLOS.....	120
Gangrène. Deux cas de — de la fesse consécutive à une injection mercurielle, par M. NIKOLSKI. (V. <i>Mercur.</i>)	
Goutte. Quelques altérations de la peau sous l'influence de la diathèse goutteuse, par M. POSPELOW.....	354
Hidradénomes éruptifs chez une malade atteinte de lupus érythémateux, par MM. HALLOPEAU et GASTOU.....	28
Huile grise et calomel au gaïacoloid, par M. GRIFFON. (V. <i>Mercur.</i>)	
Hyperhidrosis nigricans , par M. AUDRY.....	515
Iodisme. (V. <i>Éruptions artificielles.</i>)	
Kératodermie palmaire et plantaire familiale, par MM. BALZER et DESHAYES.....	245
Langue. Deux cas de cancer étendu de la — sans récidence une année après l'ablation chirurgicale, par M. MORESTIN.....	370
— Épithélioma lobulé corné de la langue guéri depuis dix-huit mois, après opération chirurgicale et radiothérapie consécutive, par M. PAUTRIER...	458
Lèpre. Essais de culture du bacille lépreux, par M. P. EMILE WEIL.....	170
— Sur un cas d'alopecie lépreuse, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP.....	234
— Guérison d'une alopecie lépreuse, par M. HALLOPEAU.....	319
— Sur le foyer lépreux des environs de Guingamp, par MM. HALLOPEAU et ROY.....	244
— Lèpre mixte (2 ^e mémoire); étude des ulcérations des lépreux, par MM. DE BEURMANN, ROUBINOVITCH et GOUGEROT.....	252
— Autopsie de lèpre mixte (3 ^e mémoire); lésions viscérales : foie, rate et testicules lépreux. La sclérose lépreuse, par MM. DE BEURMANN, ROUBINOVITCH et GOUGEROT.....	264
— Nouvelle poussée de nodules érythémateux chez une lépreuse, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	378
Lettre de M. le Président.....	126
Leucoplasie et tuberculose vulvaire, par MM. DANLOS et PATHAUT. (V. <i>Tuberculose.</i>)	
— Leucoplasie et épithéliomatose surtuberculeuses, par M. AUDRY.....	513
Lichen obtusus et vitiligo; examen histologique, par MM. DANLOS et GASTOU.....	13
— Lichen plan à localisation pilaire, simulant le pityriasis rubra de Devergie; étude histologique, par MM. DANLOS et GASTOU.....	14
— Lichen de Wilson tubéreux et vitiligoïde, variété nouvelle, par M. HALLOPEAU.....	18
— Tache ardoisée de la muqueuse buccale dans un cas de lichen de Wilson, par MM. DANLOS et DERÉRAIN.....	151
— Sur un lichen de Wilson systématisé en bandes avec envahissements poplités secondaires en nappe, contagiosité possible, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP.....	183
— Sur un nouveau cas de lichen de Wilson pemphigoïde, par MM. HALLOPEAU et WEILL.....	236
— Lichen plan à grande extension de la peau et des muqueuses avec poussées multiples érythémateuses et œdémateuses, par MM. NICOLAS et FAVRE.....	384
Lichen scrofulosorum chez un adulte, par MM. BALZER et POISOT.....	442

Lichen scrofulosorum. Tuberculides papulo-nécrotiques transformées in situ en —, par MM. DARIER et BRISY. (V. <i>Tuberculides</i> .)	
Lupus érythémateux. Sur un cas d'hidradénomes éruptifs chez une malade atteinte de —, par MM. HALLOPEAU et GASTOU. (V. <i>Hidradénomes</i> .)	
— Radiothérapie du lupus érythémateux fixe de la face, par MM. GASTOU et DECROSSAS. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
Lupus tuberculeux. Sur deux cas de gommes lymphangitiques ascendantes chez des lupiques, par M. HALLOPEAU.....	314
— Deux cas de lupus de la face traités opératoirement, par M. MORESTIN..	323
— Lupus avec lymphangiectasies et lymphorrhagies, par MM. BALZER et POISSON.....	362
— Sur l'atténuation de la virulence du bacille de Koch chez les lupiques, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	376
Lymphadénome primitif ulcéré de la lèvre avec surinfection secondaire, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	91
— Lymphadénomes cutanés primitifs, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT..	161
Lymphoïde. (V. <i>Tumeurs</i> .)	
Maladie de Dercum. Sur une variété lipomateuse de la maladie de Dercum avec caractères particuliers, par MM. HALLOPEAU et BOUDET....	500
Maladie de Hallopeau (pyodermite végétante), par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.....	431
Maladie des vagabonds. (V. <i>Phthiriasis</i> .)	
Mercure. — Deux cas de gangrène de la fesse consécutive à une injection mercurielle, par M. NIKOLSKI.....	42
— Calomel et huile grise au gaïacoloïd, par M. GRIFFON.....	6
— Nouveau mode de préparation du benzoate de mercure, par MM. DESMOULIÈRE et LAFAY.....	304
— Liséré mercuriel, par M. MILIAN.....	487
Mycosis fungoides. Sur un — à forme ulcéreuse et serpigneuse, par MM. GAUCHER et HALLOPEAU.....	380
— Suite et fin d'une observation d'érythrodermie pustuleuse prémycosique terminée par la mort avant l'apparition des tumeurs, par MM. AUDRY et COMBÉLERAN.....	238
Nævus systématisé acnéiforme du membre inférieur avec loci minoris resistentiae, par MM. HALLOPEAU et ROY.....	113
— Sur une observation de nævi symétriques de la face, publiée par Rayer, par M. AUDRY.....	195
— Sur la production d'ulcérations profondes et étendues dans un nævus angiomateux, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	434
— Sur un cas de nævi systématisés lichénoïdes très nombreux, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	480
— Traitement du nævus vasculaire par le radium, par MM. WICKHAM et DEGRAIS. (V. <i>Radium</i> .)	
Nécrologie	314, 353, 404
Ongles. Onychomycose, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	157
— Favus des ongles. (V. <i>Favus</i> .)	
Pelade. A propos de la contagion peladique, par M. JACQUET.....	6
— A propos de la soi-disant épidémie familiale de Briey, par M. JACQUET..	50
— Pelade par projectiles intracraniens, par M. JACQUET.....	128
— Pelade et vitiligo, par MM. DANLOS et DESÉRAIN.....	148
Pemphigus. Sur un cas de — chronique congénital et familial à forme d'ichtyose bulleuse, par MM. NICOLAS et FAVRE.....	388

Pemphigus. A propos de l'observation présentée par MM. Nicolas et Favre sous le titre « Pemphigus chronique congénital et familial à forme d'ichtyose bulleuse », par M. LENOLET.....	402
Phtiriasse. Quelques cas de — anormale, par M. BRAULT	37
— Un cas de maladie des vagabonds, par MM. LE PLAY et DÉHU.	60
Picrique. Dermatite exfoliative généralisée provoquée par un pansement local avec la solution d'acide —, par MM. HALLOPEAU et HERCK. (V. <i>Éruptions artificielles.</i>)	
Pityriasis rubra pilatre. Cas de — chez une femme, par M. BRAULT....	301
— Nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilatre, par M. MILIAN.....	502
Prodermos. Sur les dangers et la composition du topique dit —, par MM. JACQUET et DESAS. (V. <i>Éruptions artificielles.</i>)	
Prurigo. Forme spéciale de — d'origine vésanique (variété nouvelle), par MM. HALLOPEAU et ROY.....	30
Psoriasis atypique au cours d'une infection blennorrhagique, par MM. BALZER et DESHAYES.....	20
— Sur une arthropathie psoriasique aiguë blennorrhagiforine (variété nouvelle), par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	376
— Localisations psoriasiques sur des syphilides, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	438
Pyodermite végétante. (V. <i>Maladie de Hallopeau.</i>)	
Pyramidon. (V. <i>Éruptions artificielles.</i>)	
Radiodermite. Notes complémentaires sur l'évolution de la — chronique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	416
Radiothérapie. Nouvel appareil protecteur localisateur pour —, assurant la protection du médecin et du malade; nouveaux tissus protecteurs, par M. BELOT.....	72
— Sur une objection faite au porte-réactif du localisateur Belot, par M. BELOT.....	127
— Radiothérapie du lupus érythémateux fixe de la face, par MM. GASTOU et DECROSSAS.....	78
— Adénopathie néoplasique régionale provoquée par le traitement radiothérapique, par MM. GASTOU et DECROSSAS.....	136
— Les dangers et les contre-indications de la radiothérapie dans le traitement des épithéliomes de la peau, par M. LEREDDE.....	137
— Indications et contre-indications de la radiothérapie dans le traitement de l'épithélioma cutané, par M. LEREDDE.....	212
— Radiothérapie et épithélioma, par M. DANLOS.....	203
— Indications et technique de la radiothérapie dans les épithéliomas cutanéo-muqueux, par M. GASTOU.....	197
— Les rayons X dans le traitement des épithéliomas cutanés, par M. BISSÉRIÉ.....	216
— A propos des indications de la radiothérapie dans le traitement de l'épithélioma cutané, par M. BELOT.....	218
— Considérations générales sur la radiothérapie des épithéliomas cutanés, par M. BÉCLÈRE.....	222
— A propos des généralisations provoquées par la radiothérapie, par M. OUDIN.....	229
— Conditions qui influent sur l'efficacité de la radiothérapie dans les cancers de la peau, par M. DARIER.....	230
— Note sur l'histologie pathologique des tissus néoplasiques traités par les rayons X, par M. PAUTRIER.....	231
— Statistique radiothérapique, par MM. BALZER et FLEJO.....	233
— Radium et rayons X comparés, dans un cas d'épithéliomatose, par MM. WICKHAM et DEGRAIS. (V. <i>Radium.</i>)	

Radiothérapie. Quelques applications de la radiothérapie à la dermatologie, par M. BELOT.....	331
— Verrues planes juvéniles guéries par les rayons X, par M. DANLOS.....	360
— Traitement des chéloïdes par l'ablation suivie de la radiothérapie, par MM. DE BEURMANN, NOIRÉ et GOUGEROT. (V. <i>Chéloïdes</i> .)	
— Notes complémentaires sur l'évolution de la radiodermite chronique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. (V. <i>Radiodermite</i> .)	
Radium et rayons X comparés, dans un cas d'épithéliomatose; utilisation thérapeutique de l'eau radifère et de l'eau radioactivée, par MM. WICKHAM et DEGRAIS.....	407
— Traitement du nævus vasculaire par le radium, par MM. WICKHAM et DEGRAIS.....	478
Rhinophyma opéré par l'abrasion modelante, par M. MORESTIN.....	485
Sarcome du sein chez une femme kabyle, par M. LEBRAIN.....	36
— Sarcome globo-cellulaire multiple hypodermique (type Perrin) chez un enfant de 6 mois, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	251
— Sarcome à myéloplaxes primitif de la peau, par M. MILIAN.....	456
Scléromie de l'adulte avec pigmentation de la muqueuse buccale, par MM. AUDRY et BOYREAU.....	450
Syphilis. Chancres des paupières, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.....	149
— Chancres syphilitiques du vestibule narinaire, par MM. GAUCHER et BOISSEAU.....	183
— Auto-inoculation de chancre syphilitique, par M. QUEYRAT.....	66, 172
— Récidive de chancre induré ou ulcération tardive avec induration chondroïde, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP.....	90
— Sur une pandermatite pénienne consécutive à des chancres indurés, par MM. HALLOPEAU et BOUDET. (V. <i>Dermite</i> .)	
— Syphilis ignorée, par M. MOTY.....	25
— La compression veineuse comme moyen diagnostique d'une roséole latente, par MM. J. HORAND et R. HORAND.....	452
— Sur un diagnostic tardif de syphilis facilité par un nouveau procédé d'investigation, par MM. HALLOPEAU et DONZÉ.....	281
— Syphilis psoriasiforme, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.....	148
— Localisations psoriasiques sur des syphilides, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY. (V. <i>Psoriasis</i> .)	
— Contribution à l'étude des syphilides secondaires tardives, de l'érythème buccal secundo-tertiaire et de l'érythème tertiaire, par MM. BALZER et DESHAYES.....	117
— Sur un cas de proliférations locales prédominant chez un malade atteint de syphilides secondaires généralisées, par MM. HALLOPEAU et ROY....	187
— Sur un cas de syphilis fraterne avec prolifération secondaire au pourtour des accidents primitifs, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY....	375
— Syphilides corymbiformes avec érythème péripapuleux, par MM. BALZER et POISOT.....	443
— Phlébite syphilitique iléo-crurale double, par M. AUDRY.....	347
— Cyanose douloureuse intermittente d'un gros orteil, d'origine syphilitique, par MM. AUDRY et BOYREAU.....	392
— Deux cas de paralysie faciale chez deux conjoints, au cours de la syphilis secondaire, par M. FRANÇOIS-DAINVILLE.....	155
— Syphilis cérébrale précoce; artérite du tronc basilaire et foyer de ramollissement protubérantiel; guérison. Artérite de la sylvienne, méningite, mort; autopsie, par M. CONSTANTIN.....	516
— Macules atrophiques syphilitiques, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.....	152

Syphilis. Contribution à l'étude des syphilides atrophiantes, par MM. BALZER et DESHAYES.....	152
— Action locale du traitement mercuriel sur les syphilides du visage, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP.....	243
— Sur le traitement local des syphilides, par M. HALLOPEAU.....	274
— Tertiarsme précoce (chancre phagédénique et perforation du voile du palais), par M. CARLE.....	309
— Syphilides tertiaires avec éléphantiasis des organes génitaux et glossite hypertrophique, par MM. BALZER et DESHAYES.....	115
— Spina ventosa syphilitique, par MM. GAUCHER et SABATIÉ.....	71
— Sur la pathogénie du doublement d'une orchite syphilitique, par M. HALLOPEAU.....	289
— Perforations syphilitiques du palais, opérées avec succès, par M. MORESTIN.....	469
— Ulcération linguale chez une enfant de 11 ans; syphilis acquise datant de deux ans, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.....	296
— Syphilis en activité et tabes chez le même individu, par MM. DANLOS et DEROY.....	484
— Gommès syphilitiques du muscle sterno-cléido-mastoidien (syphilis acquise), par MM. GAUCHER et MONIER-VINARD.....	433
— Gommès de la langue traitées par le lévurargyre, par MM. JULLIEN et STASSANO.....	190
Syphilis héréditaire. Perforation gommeuse hérédo-syphilitique du voile du palais chez une jeune fille vierge, de 15 ans, par MM. GAUCHER et MALLOIZEL.....	296
Tabes. Syphilis en activité et — chez le même individu, par MM. DANLOS et DEROY. (V. <i>Syphilis</i> .)	
Trichophytie cutanée chez un toucheur de bœufs, par MM. BALZER et DESHAYES.....	247
— Herpès circiné trichophytique chez un enfant de 15 jours, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.....	271
— Sur un cas de trichophytie disséminée du tronc, par MM. HALLOPEAU et BOUDET.....	497
Tuberculides papulo-nécrotiques étendues, avec déformations digitales très accentuées, par M. J. BRAULT.....	40
— Tuberculides papulo-nécrotiques transformées in situ en lichen scrofulosorum, chez une fillette de 13 ans atteinte de tuberculose osseuse et ganglionnaire, par MM. DARIER et BRISSEY.....	510
Tuberculose serpiginieuse des membres inférieurs, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN.....	150
— Ulcération tuberculeuse de la vulve chez une fillette de 11 mois, par MM. AUDRY et COMBÉLÉAN.....	86
— Sur un cas de suppurations tuberculeuses multiples avec grains riziformes, par MM. HALLOPEAU et ROY.....	185
— Tuberculose vulvaire et leucoplasie, par MM. DANLOS et PATHAUT (note histologique par M. GASTOU).....	358
— Tuberculose cutanée; extirpation, greffe italienne, par M. MORESTIN.....	367
Tumeurs. Sur un cas de — lymphoïdes de la peau, par MM. HALLOPEAU et GASTOU.....	440
— Valeur comparative de l'examen clinique et de l'examen histologique dans le diagnostic des tumeurs ulcérées de la peau, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPILVAY.....	495
Ulcère trophique rebelle du sein, par MM. LE PLAY et DÉHU.....	63

Ulcus rodens. (V. <i>Épithéliome</i> .)	
Vaccine du sein chez une nourrice, par MM. BALZER et POISOT.....	145
Vanille. Éruption érythémateuse et papuleuse causée par la —, par MM. BROcq et FAGE. (V. <i>Éruptions artificielles</i> .)	
Verrues planes juvéniles guéries par les rayons X, par M. DANLOS. (V. <i>Radiothérapie</i> .)	
Vitiligo. Lichen obtusus et —; examen histologique, par MM. DANLOS et GASTOU.....	13
— Pelade et vitiligo, par MM. DANLOS et DEHÉRAIN. (V. <i>Pelade</i> .)	
Xanthome. Sur un cas de — tubéreux et en tumeurs juvénile offrant les caractères du xanthome diabétique, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	233
Xeroderma pigmentosum. Syndrome rappelant le — au cours d'un épithélioma gastrique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	250
— Xeroderma pigmentosum avec épithélioma de la face, par MM. BALZER et MERLE.....	469
— Cas probable de xeroderma pigmentosum fruste, par MM. HALLOPEAU et MACÉ DE LÉPINAY.....	494

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

- Audry, 86, 195, 238, 347, 392, 395, 450, 513, 515.
- Balzer, 22, 82, 59, 115, 117, 122, 149, 152, 195, 233, 245, 247, 248, 333, 341, 344, 362, 384, 442, 443, 445, 489, 509.
- Barthélemy, 3, 4, 24, 27, 68, 150, 181, 194.
- Baudouin, 183, 362.
- Bécîère, 222, 230, 413, 430, 431.
- Belot, 72, 78, 85, 127, 218, 321, 338, 340, 412.
- Beurmann (De), 70, 112, 113, 157, 166, 250, 251, 252, 264, 323, 328, 337, 414, 416.
- Bissérié, 216.
- Boisseau, 121, 183.
- Boudet, 480, 497, 499, 500.
- Boyreau, 348, 392, 395, 450.
- Brault (J.), 37, 40, 301.
- Brissy, 510.
- Brocq, 15, 294, 295, 328, 333, 334, 337, 361, 362, 375, 384, 404, 406, 485, 479, 486.
- Carle, 309.
- Chompret, 294.
- Combéleran, 86, 238.
- Constantin, 348, 516.
- Créquy, 357.
- Danlos, 13, 14, 15, 63, 85, 113, 120, 122, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 203, 216, 243, 250, 271, 275, 317, 328, 335, 337, 357, 358, 360, 361, 412, 465, 479, 484, 485.
- Darier, 15, 18, 22, 63, 65, 69, 85, 90, 290, 287, 318, 358, 380, 431, 442, 497, 510.
- Debas, 485.
- Decrossas, 78, 136.
- Degrais, 407, 478.
- Dehérain, 148, 149, 150, 151, 152, 271.
- Déhu, 60, 63, 65, 66.
- Deroy, 484.
- Deshayes, 22, 115, 117, 152, 245, 247.
- Desmoulière, 304.
- Donzé, 281, 288.
- Dubreuilh, 34.
- Page, 404.
- Favre, 384, 388.
- Fleig, 233, 248.
- Fournier (A.), 6, 22, 27, 63, 66, 70, 90, 112, 113, 126, 149, 150, 151, 173, 182, 183, 283, 293, 294, 295, 309, 317, 323, 337, 406, 485, 486, 447.
- Fournier (E.), 406.
- François-Dainville, 155.
- Gastou, 13, 14, 28, 78, 136, 197, 216, 359, 440.
- Gaucher, 3, 5, 48, 71, 121, 183, 296, 318, 323, 380, 430, 431, 433.
- Gougérot, 70, 91, 157, 161, 250, 251, 252, 254, 414, 416.
- Grandchamp, 87, 90, 183, 234, 243.
- Griffon, 6, 31, 250.
- Hallopeau, 11, 12, 18, 20, 22, 28, 30, 32, 55, 58, 62, 63, 87, 90, 113, 133, 134, 161, 183, 185, 187, 189, 234, 236, 242, 243, 244, 274, 281, 283, 287, 288, 289, 295, 314, 317, 319, 320, 323, 329, 333, 373, 375, 376, 378, 380, 384, 406, 412, 433, 434, 436, 438, 440, 458, 480, 483, 484, 494, 495, 497, 499, 500, 509.
- Herck, 189.
- Horand, 452.
- Jacquet, 6, 13, 50, 56, 58, 59, 126, 128, 133, 134, 148, 149, 485, 509.
- Jeanselme, 245, 379, 380.
- Jullien, 190.
- Lafay, 34, 290, 295, 304.
- Legrain, 36.
- Lenglet, 3, 66, 70, 295, 333, 357, 362, 402, 435.
- Le Play, 60, 63, 65, 66.
- Leredde, 84, 85, 113, 134, 137, 171, 212, 431.
- Lévy-Bing, 6, 294.
- Macé de Lépinay, 283, 320, 329, 375, 376, 378, 434, 436, 438, 434, 495.
- Malloizel, 296, 431.
- Merle, 489.

Milian, 15, 456, 487, 502, 509.	Renault (A.), 27, 32, 68, 90, 113, 182, 293, 322, 482, 484.
Monier-Vinard, 433.	Roubinovitch, 252, 264.
Morestin, 297, 299, 323, 367, 370, 384, 447, 448, 462, 463, 465, 469, 471.	Roy, 20, 30, 113, 185, 187, 244.
~~Morestin, 297, 299, 323, 367, 370, 384, 447, 448, 462, 463, 465, 469, 471.~~	Sabatié, 71.
Nicolas, 334, 335.	Sabouraud, 56, 58, 70, 78, 134, 148, 150, 161, 171, 216.
Nikolski, 42.	~~Stassano, 182, 183.~~
Noiré, 340, 361, 414.	Stassano, 182, 183.
Oudin, 229.	Tansard, 248.
Pathaut, 358.	Thibierge, 4.
Pautrier, 231, 362, 440, 458, 509, 510.	Verchère, 182.
Poisot, 341, 344, 362, 442, 443, 445.	Weil (P. Émile), 170.
Pospelow, 354.	Weill, 236.
Queyrat, 66, 69, 70, 172, 173, 182, 183.	Wickham, 407, 413, 478, 479.

CORBEIL. — IMPRIMERIE ÉD. CRÉTÉ.





Pognier, lith.

Fig. 1. L'infestation des

Masson et C^{ie} éditeurs



Reignier lith

Imp. L. Lafontaine, Paris

Masson et C^{ie} éditeurs.

Digitized by Google



Reignier. Lith.

Imp. L. Lefontaine. Paris.

Musson et C^{ie} Editeurs

